

**ILCA LUCI KELLER ALONSO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**LUZES E SOMBRAS NO RITUAL DO ENCONTRO ENTRE O  
UNIVERSO PROFISSIONAL E O MUNDO DA INTIMIDADE  
FAMILIAR: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA EM ÂMBITO DOMICILIAR**

**FLORIANÓPOLIS,  
2003**

**ILCA LUCI KELLER ALONSO**

**LUZES E SOMBRAS NO RITUAL DO ENCONTRO ENTRE O  
UNIVERSO PROFISSIONAL E O MUNDO DA INTIMIDADE  
FAMILIAR: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA EM ÂMBITO DOMICILIAR**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina para obtenção do título  
de Doutor em Enfermagem, área de concentração  
Filosofia, Saúde e Sociedade.*

**ORIENTADORA:  
PROF. DRA. SANDRA NOEMI CAPONI**

**FLORIANÓPOLIS,  
2003.**


ILCA LUCI KELLER ALONSO

**LUZES E SOMBRAS NO RITUAL DO ENCONTRO ENTRE O  
UNIVERSO PROFISSIONAL E O MUNDO DA INTIMIDADE  
FAMILIAR: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM ÂMBITO DOMICILIAR**

Tese submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**


Aprovada na sua versão final, atendendo as normas da legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



---

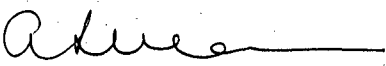
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
- Coordenadora PEN/UFSC -

**BANCA EXAMINADORA:**



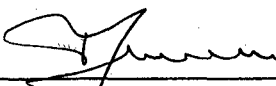
---

Prof.ª Dra. Sandra Noemi Caponi  
Presidente



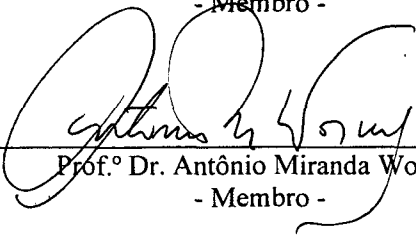
---

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende  
- Membro -



---

Prof.ª Dra. Tamara Iwanow Cinciarullo  
- Membro -



---

Prof.º Dr. Antônio Miranda Wosny  
- Membro -



---

Prof.ª Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
- Membro -

DEDICO ESTE TRABALHO  
AOS MEUS PAIS, AGNES E JOSEF FRIEDERICH  
E AO MEU MARIDO, MÁRCIO.

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, em que chego ao final desta etapa, penso em todas aquelas pessoas que contribuíram para a construção deste trabalho. Gostaria de agradecer, particularmente, a cada um que, a sua forma, fortaleceu-me nesta caminhada. Ainda que não seja possível nominar, neste espaço, todos aqueles que compartilharam este desafio comigo, estarão todos em um lugar especial, em minha vida.

Dentre as pessoas que tiveram um envolvimento maior com este estudo, destaco algumas que contribuíram, sobremaneira, para a sua realização:

Professora Sandra Caponi, que orientou este trabalho, por acolher e compartilhar as minhas ideias, emprestando-me a luz do seu saber. Tê-la ao meu lado, nesta trajetória, foi um privilégio, tanto pela serenidade, sensibilidade e receptividade pessoal, quanto pela objetividade, amplitude e profundidade com que debruçou o seu olhar teórico/filosófico sobre este estudo.

A Instituição e comunidade participantes deste trabalho; em especial – a equipe PSF e, também, as famílias que abriram as portas de suas vidas para que eu pudesse me aproximar dos seus mundos e, conhecê-las melhor. Através de suas preciosas contribuições todas estas pessoas se tornaram, efetivamente, co-participes deste trabalho.

Os integrantes da Banca Examinadora: Professoras Ana Lúcia Magela de Rezende, Tamara Iwanow Cianciarullo, Flávia Regina de Souza Ramos, Valéria Lerch Lunardi e Professor Antônio Miranda Wosny que contribuíram, significativamente, com este estudo, através das suas valiosas análises. Professor Theophilos Rifiotis pelas excelentes contribuições por ocasião do Exame de Qualificação do projeto deste estudo.

O Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC – destacando o apoio da coordenadora - Prof.<sup>a</sup> Denise E. Pires de Pires e sub-coordenadora – Prof.<sup>a</sup> Maria Itayra C.S Padilha e também de seus funcionários, durante todo o percurso desta etapa de formação.

Os professores do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC que, através de suas contribuições, ampliaram os meus horizontes no processo de construção do conhecimento.

As diferentes chefias do Departamento de Enfermagem da UFSC, que ao longo do período do Curso de Doutorado disponibilizaram-me o apoio necessário para a sua realização. Um reconhecimento especial à Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Radünz e ao Prof.<sup>o</sup> Dr. Antônio Miranda Wosny, bem como ao Prof.<sup>o</sup> Dr. Gelson Luis Albuquerque e à Prof.<sup>a</sup> Dra Flávia Regina Souza Ramos, enquanto chefes e sub-chefes deste Departamento na etapa final deste processo, pela compreensão e incentivo constantes.

Professores e servidores do Departamento de Enfermagem da UFSC que me incentivaram durante esta caminhada, manifestando o seu apoio e compreensão, especialmente, no período de finalização deste trabalho. Um reconhecimento especial à dedicação da Luzia, no “toque final” desta obra.

Dentre as inúmeras pessoas que compartilharam o meu mundo particular e pessoal nesta jornada, destacarei algumas que se mostraram muito próximas e significativas, em diferentes momentos, nesta experiência de vida:

Márcio, marido carinhoso, companheiro incansável e disponível, amigo compreensivo e interessado em as todas horas foi, incontestavelmente, o meu grande parceiro neste trabalho.

Meus pais, modelos de dignidade, força, respeito, afeto e compreensão que, mostraram-me, desde cedo, o valor do “aconchego” da intimidade de uma família e que com a sabedoria de um longo e pleno viver, ensinam-me, dia a dia, os reais valores da minha existência.

A amiga Marisa que caminhou comigo, lado a lado, fortalecendo-me a cada passo deste trabalho. Compartilhando, de maneira sensível, carinhosa e atenta, os meus desafios maiores e os momentos de luz foi uma presença carinhosa e incansável no dia a dia desta jornada.

As amigas Kenya e Telma pelas leituras, contribuições, carinho e apoio.

Meus queridos familiares, que vêm compartilhando comigo os pequenos e grandes momentos ao longo da vida, acolheram-me com carinho, compreensão e apoio inigualáveis, ao longo desta trajetória.

Elfa e Paulo, Ilonca e Gustavo, que abriram a intimidade de suas casas para receber-me, ofertando-me a tranquilidade necessária para que eu pudesse realizar as minhas reflexões teóricas.

Gustavo que, gentilmente, realizou a revisão ortográfica deste estudo.

Minhas amigas e meus amigos, que acompanham e incentivam o meu crescimento, impulsionaram-me a vencer este desafio, através do carinho, da força e do cuidado com o meu bem estar.

ALONSO, Ilca Luci Keller. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. 2003. 265f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

Neste estudo objetivou-se elucidar as relações que se estabelecem no encontro entre equipe da saúde e família no contexto de uma situação assistencial domiciliar, no Programa de Saúde da Família. Dentre as bases teóricas que sustentaram os alicerces conceituais deste trabalho destacam-se: saúde e normalidade segundo Canguilhem; a noção de intimidade na ótica de Hanna Arendt, com as contribuições de Giddens e Sennet; as relações de poder englobando o poder disciplinar segundo Foucault e a sociedade de controle anunciada por Deleuze; o encontro entre os sistemas familiar e profissional de saúde na perspectiva de um ritual sob a ótica de Da Matta; a definição da situação assistencial domiciliar, no contexto de um jogo de luzes e sombras, aparências e invisibilidades segundo Goffman. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa no qual adotou-se o método de observação participante, sugerido por Spradley, para a coleta e análise dos dados. Constituíram-se sujeitos deste estudo os integrantes de uma Equipe de Saúde da Família atuantes em uma Unidade de Saúde ligada à Rede de Atenção Básica, em um município do Estado de Santa Catarina e um grupo de famílias integrado a esta Unidade Assistencial. Foram observados encontros assistenciais domiciliares que ocorreram entre os sujeitos referidos e realizadas entrevistas, individuais, com os membros da equipe de saúde e determinados membros das famílias. A partir dos domínios e categorias emergentes, buscou-se compreender, através de um recorte histórico, num cenário social mais amplo, as origens das atuais conformações da assistência de saúde à família, analisando as relações entre famílias, profissionais de saúde e Estado sob diferentes configurações sociais. A voz das famílias, neste estudo, revelou o desejo de obter, por parte da equipe de saúde, maior valorização do seu saber e fazer no cuidado-de-si; assim sendo a equipe pode ser reconhecida como um complemento importante nesse processo. Nas palavras da equipe de saúde evidenciou-se uma questão ética significativa relacionada a complexos conflitos nas relações assistenciais, diante dos embates entre relações profissionais/institucionais e pessoais/sociais, entre a resolutividade das questões de saúde e os laços de confiança e solidariedade. A metamorfose dos papéis e objetivos assistenciais adere-se à indefinição de questões conceituais, principalmente, sobre família e intimidade, às disjunções presentes no conjunto assistencial no Sistema de Saúde, às fragmentações das ações de saúde junto à família decorrentes do modelo multidisciplinar adotado no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. A perspectiva ética transpassou todas as categorias, situando-se nos domínios maiores deste estudo, revelando-se constituinte do tema universal. O espaço assistencial domiciliar, abrigando as relações que aí são construídas, tem uma teor, essencialmente, ético norteado pelos princípios da liberdade, autonomia, responsabilidade, solidariedade e confiança. Este estudo apontou direcionamentos para as reflexões e as ações de equipes de saúde que se propõem a desenvolver uma prática assistencial com famílias no âmbito domiciliar, com a proposta de re-significar estes encontros em uma experiência existencial para ambos.

**Palavras-chave:** ética, intimidade, relações profissional-família, cuidados domiciliares de saúde, Programa Saúde da Família.

ALONSO, Ilca Luci Keller. **Light and shadow in the meeting ritual between the professional universe and the world of family intimacy**: the professional intervention in the family health in its own home setting. 2003. 265p. Thesis (Nursing Doctorate ) – Nursing Graduation Degree Program, the Federal University of Santa Catarina, in Florianópolis, 2003.

The study sought to make clear the relationship established in the meeting between health team and family in the context of a home assistance circumstance in the Family Health Program. Among the theoretical foundations holding the basis of the work are to be noted: health and normality as per Canguilhem, the notion of intimacy as seen by Hanna Arendt with contributions from Giddens and Sennet; power relations encompassing disciplinary power according to Foucault and the control society announced by Deleuze; the meeting between the family and the health-professional systems in the perspective of a ritual as viewed by Da Matta; the definition of the home assistance situation within the context of a light-and-shadow game, of appearances and invisibilities as per Goffman. The study has a qualitative nature where the method of participative observation was adopted, as suggested by Spradley, to collect and analyze the data. Subjects of the study were the members of a Family Health Team acting in a Health Unit from the Basic Attention Network in a county of Santa Catarina State and a group of families attached to the Assistance Unit. Home assistance meetings were observed such as held between the above mentioned parts, and individual interviews were conducted with team members and specific components of the families. From the emergent realms and categories, an effort was made to understand, through a historical window and in a more encompassing social setting, the sources of existing arrangements of health assistance to families, analyzing the relationships between families, health professionals, and the State, under contrasting social patterns. The families, in this study, made their voices heard, in a desire to receive from the health team greater appreciation of their knowing-and-doing in caring-for-themselves; thus, the team can be acknowledged as an important complement in this process. In the health team words, a significant ethical question was made evident, related to complex conflicts in assistance relations, face to the struggles between professional/institutional and personal/social rapports and also between the resolvability of health questions and the confidence and solidarity bonds. The metamorphosis of roles and assistance objectives adheres to an indefmition of conceptual topics, mostly regarding family and closeness, the disjunctions seen in the assistance ensemble within the Health System, the dispersion of health actions next to the family as a consequence of the multidisciplinary model adopted by the Family Health Team in its work process. The ethical perspective filtered into all categories, installing in the larger domains of this study and revealing to be a constituent of the universal theme. The home assistance space, harboring those relationships born in it, is vested with an essentially ethical gist guided by the principles of liberty, autonomy, responsibility, solidarity and trust. This study offered directionings to the reflections and the actions of health teams engaged in developing an assistance practice next to families in their own homes, with a proposal of giving a renewed meaning to such meetings in an existential experience capable of benefiting both parts.

**Key words:** ethics, intimacy, professional-family relations, home health care, Family Health Program.



ALONSO, Ilca Luci Keller. **Luzes y sombras en el ritual del encuentro entre el universo profesional y el mundo de la intimidad familiar**: la intervención profesional en la salud de la familia en el ámbito domiciliário. 2003. 265 hoj. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

En este estudio se objetivó explicar las relaciones que se establecen en el encuentro entre el equipo de salud y la familia en el contexto de una situación asistencial domiciliaria, en el Programa de la Salud en la Familia. Entre las bases teóricas que sustentaron los fundamentos conceptuales de este trabajo se destacan: salud y normalidad según Canguilhem; la noción de la intimidad en la óptica de Hanna Arendt, con las contribuciones de Giddens y Sennet; las relaciones de poder abarcando el poder disciplinario según Foucault y la sociedad de control anunciado por Deleuze; el encuentro entre los sistemas familiar y profesional de la salud en la perspectiva de un ritual sobre la óptica de Da Matta; la definición de la situación asistencial domiciliaria, en el contexto de un juego de luces y sombras, apariencias e invisibilidades según Goffman. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa en el cual se adoptó el método de la observación participante, sugerido por Spradley, para la colecta y el análisis de los datos. Se constituyeron sujetos de este estudio los integrantes de un Equipo de Salud de la Familia actuantes en una Unidad de Salud ligada a la Red de Atención Básica, en una Municipalidad del Estado de Santa Catarina y un grupo de familias integrado a esta Unidad Asistencial. Fueron observados encuentros asistenciales domiciliarios que ocurrieron entre los sujetos referidos y realizadas las entrevistas, individuales, con los miembros del equipo de la salud y determinados miembros de las familias. A partir de los dominios y categorías emergentes, se buscó comprender, a través de un recorte histórico, en un escenario social más amplio, los orígenes de las actuales conformaciones de la asistencia en la salud a la familia, analizando las relaciones entre familias, profesionales de la salud y del Estado sobre diferentes configuraciones sociales. La voz de las familias, en este estudio, reveló el deseo de obtener, por parte del equipo de la salud, una mayor valoración de su saber y hacer en el cuidado-de-sí; así pues, el equipo puede ser reconocido como un complemento importante en este proceso. En las palabras del equipo de la salud se evidenció una cuestión ética significativa relacionado a conflictos complejos en las relaciones asistenciales delante de las oposiciones entre las relaciones profesionales/institucionales y personales/sociales, entre la resolutivez de las cuestiones de la salud y los lazos de confianza y solidaridad. La metamorfosis de los papeles y objetivos asistenciales se adhieren a la indefinición de las cuestiones conceptuales principalmente, sobre familia e intimidad, a las disyunciones presentes en el conjunto asistencial del Sistema de Salud, las fragmentaciones de las acciones de salud junto a la familia decurrentes del modelo multidisciplinario adoptado en el proceso de trabajo del Equipo de la Salud en la Familia. La perspectiva ética traspasó todas las categorías, situándose en los dominios mayores de este estudio, revelándose constituyente del tema universal. El espacio asistencial domiciliario, defendiendo las relaciones que ahí son construidas, tienen un género, esencialmente, ético orientado por los principios de la libertad, autonomía, responsabilidad, solidaridad y confianza. Este estudio señaló direccionamientos para las reflexiones y las acciones de los equipos de la salud que se proponen a desarrollar una práctica asistencial con familias en el ámbito domiciliário, con la propuesta de resignificar estos encuentros en una experiencia existencial para ambos.

**Palabras Claves:** ética, intimidad, relaciones profesionales - familia, cuidados domiciliário de salud, Programa de Salud en la Familia.

# SUMÁRIO

<b>Capítulo 1</b>	
<b>A APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DO ESTUDO.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>BASES TEÓRICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>BASES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>45</b>
3.1 A NATUREZA QUALITATIVA DO ESTUDO.....	45
3.1.1 Perseguindo o rigor metodológico.....	46
3.1.2 Perseguindo o sentido ético.....	47
3.2 SOB AS PERSPECTIVAS DA GENEALOGIA.....	48
3.3 O MÉTODO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	51
3.4 O CONTEXTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	53
3.4. 1 O local e os participantes.....	53
3.4.1.1 Os critérios para seleção .....	55
3.4. 3 A Trajetória Metodológica.....	56
3.4.3.1 O sistema de registro dos dados .....	56
3.4.3.2 Os instrumentos utilizados.....	57
3.4.3.3 As etapas de observação e de análise dos dados.....	58
<b>Capítulo 4</b>	
<b>O CENÁRIO SOCIAL: UM RECORTE NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>83</b>
4.1 A RE-CONTEXTUALIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIAS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESTADO, SOB DIFERENTES CONFIGURAÇÕES SOCIAIS .....	83
<b>Capítulo 5</b>	
<b>A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL NO DOMICÍLIO – NA ÓTICA DAS FAMÍLIAS.....</b>	<b>101</b>
5. 1 A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL DAS FAMÍLIAS.....	101
5. 2 A DEFINIÇÃO FAMILIAR.....	105
5. 3 A INTIMIDADE FAMILIAR.....	110
5. 4 MULHER COMO PRINCIPAL CUIDADORA E REPRESENTANTE FAMILIAR NO ENCONTRO ASSISTENCIAL.....	116
5. 5 O RECONHECIMENTO DA EQUIPE PSF NO DOMICÍLIO.....	123
5. 6 AS EXPECTATIVAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE PSF NO DOMICÍLIO.....	127
5.7 OS COMPLICADORES ESTRUTURAIS .....	130

<b>Capítulo 6</b>	
<b>A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL – NA ÓTICA DA EQUIPE PSF.....</b>	<b>132</b>
6.1 OS INTEGRANTES: SUAS CARACTERÍSTICAS E O CONTEXTO DE TRABALHO .....	132
6.2 O REPRESENTANTE NO ENCONTRO ASSISTENCIAL: - O PAPEL PROFISSIONAL .....	134
6.3 A FAMÍLIA E A INTIMIDADE.....	150
6.4 OS DESAFIOS .....	161
<b>Capítulo 7</b>	
<b>7 O ENCONTRO ASSISTENCIAL NO DOMICÍLIO FAMILIAR.....</b>	<b>169</b>
7.1 A APROXIMAÇÃO DO “ESTRANHO” .....	172
7.1.1 A casa – um espaço físico e simbólico .....	173
7.1.2 A anunciação da aproximação .....	183
7.1.3 O espaço das aparências na esfera do oculto .....	186
7.1.4 A situação social: a família – a anfitriã; a equipe PSF– a visita.....	191
7.2 A DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO ASSISTENCIAL.....	195
7.2.1 As negociações e os acordos .....	196
7.2.2 A construção do vínculo necessário e resolutivo.....	197
7.2.3 Os saberes e os poderes no jogo das representações .....	202
<b>Capítulo 8</b>	
<b>A ÉTICA E A INTIMIDADE.....</b>	<b>207</b>
8.1 OS DESAFIOS ÉTICOS DE UMA DUPLA VINCULAÇÃO ENTRE EQUIPE PSF E FAMÍLIA- OS LIMITES ENTRE RELAÇÕES PROFISSIONAIS E PESSOAIS.....	207
8.2 AS APROXIMAÇÕES ÉTICAS NO COMPLEXO JOGO RELACIONAL ENTRE CO-RESPONSABILIDADES E CO-DEPENDÊNCIAS.....	211
8.3 A CONFIANÇA DA DIMENSÃO DE UMA VIVÊNCIA ASSISTENCIAL NA INTIMIDADE FAMILIAR.....	217
8.4 FRONTEIRAS ÉTICAS NAS RELAÇÕES QUE TRANSITAM ENTRE O ÍNTIMO FAMILIAR E O ÍNTIMO INDIVIDUAL.....	221
8.5 A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL COMO UM ESPAÇO DE SOLIDARIEDADE: O JOGO AMBÍGUO ENTRE COMPASSIVIDADE E RESOLUTIVIDADE .....	224
<b>Capítulo 9</b>	
<b>INSTRUMENTALIZAÇÃO DA EQUIPE PSF E DA FAMÍLIA PARA O ENCONTRO ASSISTENCIAL DOMICILIAR.....</b>	<b>229</b>
9.1 A INSERÇÃO DA EQUIPE PSF NO RITUAL DE UM ENCONTRO ASSISTENCIAL DOMICILIAR COM A FAMÍLIA.....	230
9.2 EQUIPE PSF, FAMÍLIA E COMUNIDADE – O PROCESSO ASSISTENCIAL NUMA VISÃO DO CONJUNTO.....	234
9.3 A PRESENÇA CO-RESPONSÁVEL DO SISTEMA DE SAÚDE NA SITUAÇÃO ASSISTENCIAL DOMICILIAR.....	236
9.4 A INSTRUMENTALIZAÇÃO DA FAMÍLIA PARA O ENCONTRO ASSISTENCIAL.....	238
<b>Capítulo 10</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>240</b>

<b>Capítulo 11</b>	
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>250</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>258</b>
Apêndice A - Modelo de documento:Consentimento Informado da Instituição	
Apêndice B - Modelo de documento:Consentimento Informado dos participantes - membros da equipe PSF	
Apêndice C - Modelo de documento: Consentimento Informado dos participantes - membros das famílias	
Apêndice D - Modelo do roteiro de observação do cenário assistencial	
Apêndice E - Modelo da sistemática de registro em diário de campo	
Apêndice F - Modelo do roteiro para as entrevistas com os integrantes da equipe PSF	
ApêndiceG - Modelo do roteiro para as entrevistas com os membros das famílias	

# LISTA DE QUADROS E DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1: Foco na pesquisa etnográfica .....	53
DIAGRAMA 2: Trajetória metodológica de coleta e análise dos dados.....	59
DIAGRAMA 3: Apresentação das interconexões entre as principais categorias, situando-as dentre dos padrões gerais de significados.....	77
DIAGRAMA 4: Apresentação das interconexões entre as ramificações capilares das subcate- gorias e suas conexões com os padrões gerais de significados.....	79
DIAGRAMA 5: CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES NAS VISÕES DA EQUIPE PSF E DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	80
QUADRO 1: Termos incluídos no domínio: família cuidadora; termos cobertos: primeira família- definição segundo os níveis de intimidade .....	109
QUADRO 2: Termos incluídos no domínio: família cuidadora; cobertos: grande família – definição segundo os níveis de intimidade familiar.....	110
QUADRO 3: Termos incluídos no domínio: família cuidadora; termos cobertos: intimidade familiar.....	116
QUADRO 4: Termos incluídos no domínio: família cuidadora; termos cobertos: mulher principal cuidadora e representante familiar.....	123
QUADRO 5: Termos incluídos no domínio: relações entre família e equipe PSF no encontro assistencial domiciliar; termos cobertos: significado da presença da equipe PSF no domicílio .....	127
QUADRO 6: Termos incluídos no domínio: relações entre família e equipe PSF no encontro assistencial domiciliar; termos cobertos: expectativas em relação à equipe PSF no domicílio .....	129
QUADRO 7: Termos incluídos no domínio: relações entre família e equipe PSF no encontro assistencial domiciliar; termos cobertos: complicadores estruturais.....	131
QUADRO 8: Termos incluídos no domínio: responsabilidade; termos cobertos: co- responsabilidades pela saúde da família.....	150
QUADRO 9: Termos incluídos no domínio: intimidade; termos cobertos: intimidade da família.....	161
QUADRO 10: Termos incluídos no domínio: desafios da equipe PSF; termos cobertos: dificuldades estruturais do Sistema de Saúde.....	168
QUADRO 11: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: cozinha - “locus” privilegiado do encontro assistencial.....	183
QUADRO 12: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: visita inesperada da equipe PSF.....	186

QUADRO 13: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: preocupação com as aparências.....	191
QUADRO 14: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: sinais de abertura e de restrições de acesso ao domicílio.....	195
QUADRO 15: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: trânsito da equipe no espaço da intimidade familiar.....	201
QUADRO 16: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: condições favoráveis de abertura.....	206

## **– Capítulo 1 –**

# **A APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DO ESTUDO**

Este estudo ocupou-se de uma temática voltada às relações que perpassam as interações entre os integrantes da equipe PSF e as famílias, no mundo da intimidade familiar. Para buscar as respostas sobre determinadas questões ligadas a este tema, situei o foco do estudo sobre a prática interventiva de uma equipe PSF no domicílio familiar.

Conhecer a organização familiar em torno das relações de intimidade, e a partir disto, buscar compreender como se estabelecem as interações entre família e equipe em um processo assistencial domiciliar, foi o desafio que abracei neste estudo.

Esta temática revela-se especialmente importante quando focalizada na perspectiva da evolução das configurações assistenciais em saúde, no âmbito dos diferentes movimentos sociais. Novas modalidades assistenciais anunciam novas liberdades; os confinamentos institucionais estão, pouco a pouco, dando lugar aos hospitais-dia e aos atendimentos domiciliares que, na compreensão de Deleuze (1992), passam a integrar também rigorosos mecanismos de controle “ao ar livre”.

Por outro lado, quando nos vemos diante de uma sociedade em que a intimidade dos indivíduos passou a ser mercadoria de consumo, oferecida à contemplação pública através da mídia, cabe questionar: – Onde é que se situa a liberdade anunciada?

A devassa da vida íntima parece que se tornou parte do lazer das pessoas no cotidiano de suas vidas; estaríamos, então, vivendo uma sociedade de espetáculos?

Nesta sociedade construímos as nossas relações sociais e profissionais, e aí se anunciam modalidades assistenciais que preconizam uma aproximação com o contexto de vida familiar, onde reside o mundo íntimo das pessoas. Estaria a equipe de saúde instrumentalizada em termos teórico-metodológicos, e principalmente éticos, para compartilhar esse espaço com a família em um encontro assistencial?

Acredito que essa proximidade maior da equipe com o mundo da intimidade familiar traz consigo a urgente necessidade de aprofundar os nossos conhecimentos nesta seara - da intimidade familiar - que se mantém, ainda, perto da obscuridade na área da saúde. Esses profissionais que, através das suas práticas interventivas, transitam nesse território, precisam ser instrumentalizados de maneira a não devassar, em nome da saúde, a vida íntima das famílias.

Essa é uma preocupação deveras histórica em minha vida profissional. Atuando com famílias em comunidades, em vivências tanto assistenciais quanto docentes, tenho me debruçado atentamente para as questões que dizem respeito a interações entre enfermeiros e clientes nos seus encontros terapêuticos. Nessa trajetória, incluindo o meu trabalho de dissertação de mestrado (ALONSO, 1994), tenho buscado compreender o processo interativo, à luz de conceitos como liberdade, autonomia, subjetividade, cultura, participação, aprendizagem, entre outros.

Nesse momento em que as Políticas Públicas de Saúde do país e as próprias tendências paradigmáticas de algumas disciplinas da área de saúde apontam claramente para uma reaproximação com o contexto familiar, são reforçados ainda mais os meus questionamentos: será este, verdadeiramente, um encontro assistencial, ou se trata de um confronto ou desencontro?

Para compreender uma situação assistencial que envolve relações complexas e mundos tão diferentes, é preciso compreender o jogo de relações de poder que as perpassam; como e onde a dimensão social situada no lado *de fora* se aproxima, devida e necessariamente ou indevida e desnecessariamente dos limites sensíveis da dimensão íntima situada no lado *de dentro*.

Em muitos estudos realizados na área da assistência domiciliar, e também nas minhas vivências assistenciais e docentes junto aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, trabalhando em Atenção Primária de Saúde tenho observando que, em se afastando dos muros das Unidades Básicas de Saúde e adentrando no território íntimo da família, a equipe PSF



penetra num cenário particularmente simbólico. Neste universo, as famílias “abrem-se” ou “fecham-se” no plano interativo através de portões, portas, janelas, ou por trás de cortinas entreabertas.

No contexto domiciliar, os sinais, os códigos manifestam-se, por vezes, de maneira clara e, em outras, de forma velada. Em qualquer um dos casos, dificilmente eles são decifrados e geralmente pouco sensibilizam aos profissionais que ingressam na vida familiar, adentrando nesse espaço. São, possivelmente, sinais explícitos de resistência das famílias a uma provável intervenção na sua vida íntima, que se diz em nome de uma melhor saúde, sob a competência da Ciência. As famílias, ainda que demandem esse tipo de assistência, parecem estar reivindicando uma certa garantia à sua intimidade. Parece-me, então, que a equipe PSF está à frente de um novo mundo assistencial, obscuro, um tanto desconhecido, sem saber exatamente como lidar com ele. Muitos estudos referem-se a esse cenário domiciliar como um ambiente comparável ao “sagrado”, em que o poder se revela como um reduto de autoridade da família.

A convivência social entre equipe e famílias traduz-se num campo muito fértil para os jogos de poder que circulam na rede interativa que se forma nos encontros assistenciais. Nessas relações se expressa, por um lado, a identidade dos sujeitos através dos seus saberes, discursos e ações; por outro lado, manifestam-se as tensões, os acordos e as renovações. Através da intervenção da equipe, a família adota, por vezes, de modo coercitivo, princípios normatizadores para sua vida. Aí podem configurar-se confrontos ou desencontros do mundo social com o mundo obscuro da intimidade.

Penso que as questões relacionadas ao trânsito e as trocas que se estabelecem entre o mundo social ou *de fora* e o mundo íntimo ou *de dentro*, nos encontros assistenciais entre equipe e a família, sejam um foco que merece um destaque especial quando se busca encontrar novos caminhos assistenciais no processo de cuidar das famílias, em especial, quando se trata da assistência domiciliar. Nitschke e Elsen (2000, p.36) apresentam um estudo que foi citado por Bomar, com 551 profissionais que trabalham com famílias; o pesquisador observou que entre as características mais citadas sobre uma família saudável se encontra, entre outras, o respeito à *privacidade do outro*.

*Neste campo de atuação, a própria conceitualização sobre família também tem chamado a atenção dos meios acadêmicos. As contribuições teóricas na área da família são consideradas muito importantes uma vez que as equipes poderão se beneficiar com um embasamento teórico que lhe possibilite compreender melhor “que famílias são estas que estamos lidando”. (SOUZA, 2000, p.15).*

Refletindo, ainda, sobre a necessidade de se repensar a própria natureza das intervenções, Lessa (2000) apresenta aspectos que considero especialmente importantes quando se assume a concepção de família como um grupo social. Esclarece que esse tipo de visão traz consigo peculiaridades que requerem alternativas de intervenção que se voltem mais a um sentido de cooperação, de co-responsabilização e respeito mútuo. Nesse sentido, são importantes as inter-relações que se estabelecem entre a estrutura familiar e comunitária através das redes de apoio e adesão aos programas e a busca de estratégias assistenciais que sejam mais sensíveis ao meio social, perfil sócio-cultural, necessidades sociais e sanitárias das famílias.

Em sua grande maioria, os profissionais da saúde, munidos de uma pretensa autoridade que lhes é conferida pelo saber científico, institucionalizado e teoricamente requintado, incorporam, geralmente, a norma como premissa das suas ações interventivas. De um outro lado, as famílias, com seus saberes particulares, locais e diferenciados, encontram o amparo deste conhecimento na credibilidade da tradição, nas suas vivências entre os seus e nos acontecimentos que diversificam as próprias leis. Assim, criando as suas próprias normas, elas vivem e conhecem o “mundo da vida” e criam os seus espaços de resistência.

O processo de normatização da saúde das famílias vem sendo, estrategicamente, produzido ao longo da história através de intervenções de poder, atendendo aos interesses de um controle social. Esse processo resultou na internalização de novos valores para o mundo privado das famílias, resultando em perdas de *pequenas solidariedades entre pares* em uma redução programada dos espaços de socialização, na cisão de antigas alianças e dessas capacidades de resistência (CAPONI, 2000, p.91).

Costa (1999) aborda, historicamente, a transformação e normatização das relações intrafamiliares a partir de uma ordem pedagógica e higienista, que enquadra os espaços do cotidiano familiar e regulariza os afetos e comportamentos das famílias. Nesse trabalho, Costa nos mostra como as táticas manipuladoras - embutidas nas práticas dos profissionais - se insinuaram na intimidade da família, normatizando o seu viver e desestruturando os seus modos de vida em nome da saúde. Ele revela que essa prática normatizadora, por parte dos profissionais da saúde, se encontra muito presente nas relações destes com as famílias nos dias atuais. Com esse trabalho, o autor nos leva a refletir sobre a natureza das nossas interações profissionais com as famílias no domicílio e, podemos nos questionar, o quanto nós, os profissionais e representantes do mundo público, estamos solicitando e obtendo a

permissão dos sujeitos para adentrar e intervir sobre a intimidade de suas vidas, em nome da ciência. O autor alerta:

*O problema começa quando percebemos que a lucidez científica das terapêuticas dirigidas às famílias esconde, muitas vezes, uma grave miopia política. Miopia que tende a abolir, no registro do simbólico, o real adjetivo de classe existente em todas estas lições de amor e sexo dadas à família. (COSTA, 1999, p.17).*

Na busca da superação do modelo tradicional, Ciapone e Peduzzi (2000, p.146) ressaltam que uma proposta interventiva centralizada no grupo familiar tem um caráter potencializador da família apontando para o “*empoderamento dos sujeitos*”. Nessa perspectiva, as autoras acreditam que no espaço domiciliar podem ser criados espaços *potencialmente transformadores daquilo que está determinado a priori (instituído), como modos de ação e reação*. As autoras chamam a atenção para este momento de desafios e de construção em que cabe interrogar a própria leitura que se faz da realidade, compreendida na sua complexidade, interrogando, também, os próprios saberes e experiências que integram a produção dos discursos.

Acredito que a discussão sobre as transformações paradigmáticas trazida por diversos autores nos mostra que estamos, justamente, na fase da transição de um paradigma em crise para um novo paradigma, na área da saúde. Conforme Kuhn (1998), estamos sendo desafiados a reconstruir uma área de estudos, à luz de novos princípios; reconstrução esta que implica em alterar algumas das generalizações teóricas mais elementares do paradigma vigente e, também, buscar modos diferentes de solucionar os problemas.

Nitschke e Elsen (2000) apontam questões éticas que considero fundamentais quando pensamos em mudanças paradigmáticas na saúde e, mais precisamente, na saúde da família. Elas situam a assistência à saúde das famílias na perspectiva de um compromisso ético, como a construção de uma boa existência, assumindo o cuidar de pessoas como *pessoas* e não como *coisas*. Como as autoras, penso que as famílias, como cidadãos, têm o direito a um tipo de cuidado que as inclua em suas relações intra e extra-familiares, considerando as dimensões de seu contexto social mais particular e, também, daquele mais amplo. Nitschke e Elsen refletem que nos tempos atuais - que alguns têm denominado de pós-modernidade - em que a pluralidade, a heterogeneidade, a relatividade, a conjunção e a complementaridade dão o relevo à expressão social, passa a não ser necessário identificar, por exclusão, a saúde do indivíduo, a saúde da família e a saúde da comunidade, ou destacar privilegiadamente uma destas. Na busca do ser saudável, o ser humano pode acolher todas essas dimensões em nome

da sua própria humanidade. Falando de saúde da família, é necessário que aprendamos a relativizar, isso significa saber transitar com a família entre as esferas micro e macro-social, entre a individualidade e a coletividade, por entre as relações intra e extra-familiares.

Trago à reflexão, neste estudo, a questão da intimidade, da forma como é concebida por Arendt (2000): o íntimo em oposição ao social, relacionado à questão existencial. A autora acredita que há coisas que devem ser mantidas num espaço oculto, e outras que precisam ser expostas ao olhar *de fora*, para adquirirem uma forma de existência.

Caponi (1999), ao debruçar sua atenção às questões do público e do privado na área da saúde, apresenta um estudo em que analisa os tempos da peste, a partir da abordagem feita por Albert Camus em 1979. Ela reflete que, nos tempos da epidemia, as relações entre o social e o privado sofreram profundas modificações, uma vez que o público e o privado se converteram em dimensões indiferenciadas por uma emergência do social. Os assuntos ligados ao mundo doméstico foram retirados da obscuridade e expostos à luz do público, diluindo as linhas fronteiriças entre esses dois mundos. Caponi nos mostra que a emergência das questões sociais tem uma vinculação direta com exposição pública dos fenômenos eminentemente vitais, da ordem das necessidades. Essa autora fala das pequenas resistências que emergem do interior do mundo privado, no sentido de salvaguardar as questões mais íntimas ainda que perdida a referência do âmbito privado, pois é inerente à condição humana que existam espaços de fuga no cotidiano da vida.

Fortes e Martins (2000), à luz da ética, nos mostram questões que, acredito, sejam notórias no cuidado domiciliar e que necessitam ser profundamente discutidas nestes tempos de transição paradigmática na saúde. Esses autores se referem à autonomia das pessoas em relação às suas decisões sobre a própria saúde. Ressaltam que a humanização de um modelo assistencial deve prever uma modificação expressiva nas relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários. Nesse sentido, a humanização da assistência passa pela garantia do “direito à informação” do usuário. Fortes e Martins procuram explicar que a comunicação nesse processo deve conter informações claras, simples, aproximativas, inteligíveis, leais e respeitadas, nos padrões acessíveis à compreensão cultural e intelectual das pessoas. Esses autores chamam atenção para a questão da “privacidade e confidencialidade das informações” e salientam que, nesse sentido, a privacidade é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas. Apesar de trazer à discussão o significado de autonomia, como ponto de partida para abordar o direito das pessoas em decidir sobre os rumos da sua própria saúde, esses autores centralizam as questões sobre a privacidade, mais

especificamente, sobre o direito à confidencialidade e ao sigilo profissional propriamente dito. Sem desmerecer esse enfoque, que é extremamente valioso e necessário, julgo ser importante, no entanto, estender esse olhar para uma dimensão mais abrangente sobre a intimidade dos sujeitos enquanto cuidadores de si.

Quando se fala em assistência domiciliar, em Atenção Primária de Saúde, é muito comum ocorrer, por parte dos profissionais, uma generalização dessa atividade, sob o entendimento e o caráter de visita domiciliar. Araújo et al (2000) consideram que o cuidado domiciliar, nos moldes propostos atualmente, pode ser visto como uma parceria terapêutica, em que podem emergir as potencialidades e demandas da família, através da inserção da equipe profissional no cotidiano desta. No entanto, detectam que os profissionais ainda não estão devidamente capacitados para a intervenção domiciliar, no sentido de prestar uma assistência diferenciada em situações de internação domiciliar, sendo necessário, nesse tipo de assistência, ultrapassar a própria visão de uma visita domiciliar.

Ciampone e Peduzzi (2000) acreditam que o grande desafio assistencial nas atuais propostas que se voltam à saúde da família se encontra no deslocamento do objeto de atenção do indivíduo para a família, do interior da instituição para o espaço domiciliar, na dimensão da vida social. Isto, para as autoras, requer um novo pensar e um novo fazer da equipe profissional, uma vez que este espaço domiciliar é uma dimensão de alta complexidade, em que serão necessárias habilidades relacionais, consideradas como instrumentos essenciais na proposta de transformação do modelo assistencial.

Trad e Bastos (1998), por sua vez, acreditam que esses desafios estejam ligados à própria natureza das intervenções, ou seja, há que se buscar modos de intervir, culturalmente sensíveis e adequados ao contexto das pessoas. Essas autoras entendem que as atuais propostas assistenciais se apresentam como uma possibilidade de reestruturar a Atenção Primária em Saúde e, também, uma via importante para a transformação do atual modelo assistencial.

Nessa perspectiva surge o Programa Saúde da Família (PSF), oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde em março de 1994, propondo reordenar o modelo assistencial no âmbito da Atenção Primária de Saúde. Nesse sentido, essa proposta resgata determinadas iniciativas preconizadas pelo próprio *Movimento Sanitário*, tendo o intuito de consolidar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade,

integralidade<sup>1</sup>, bem como os seus princípios organizativos: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado<sup>2</sup> (BRASIL, 1990). O PSF traduz uma proposta complexa por envolver os gestores dos SUS nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), além dos profissionais e prestadores de serviços, entre outros. A sua complexidade se manifesta, portanto, no momento em que ele é concebido como um projeto estruturante do SUS, ou seja, como motor organizativo de todo o Sistema (SOUZA, 2001; SANTOS, 2002).

O discurso do PSF está ancorado na valorização dos princípios de territorialização, de vinculação com a população e de integralidade da família; preconiza, também, o modelo multidisciplinar para organização do trabalho em saúde; enfatiza a promoção da saúde e busca o fortalecimento das ações intersetoriais, a participação da comunidade, entre outros. (SOUZA, 2000).

Como demonstra Santos (2002), o PSF absorveu algumas características do seu antecessor – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nascido em 1991. Entre essas características, o autor destaca: o enfoque da família e não mais do indivíduo como alvo das atenções de saúde, a integração da equipe com a comunidade e uma visão menos reducionista da saúde.

Sob diferentes “slogans”, o PACS e o PSF vêm sendo anunciados como propostas de levar a saúde para perto da família; essa intenção está contida em expressões veiculadas através dos meios de comunicação e, também, em publicações oficiais, entre os quais,

---

<sup>1</sup> Sobre os princípios doutrinários do SUS: **universalidade** refere-se à garantia que todo cidadão brasileiro possa desfrutar da atenção à saúde, por parte do Sistema; isso lhe confere direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde ou àqueles contratados pelo poder público; **equidade** é um princípio que assegura ações e serviços em todos os níveis, segundo a complexidade que cada caso requer; isso significa que, perante o SUS, todo cidadão é igual e deverá ser atendido segundo suas necessidades, até o limite daquilo que o Sistema possa oferecer para todos; o princípio de **integralidade** prevê que, na prática dos serviços de saúde, seja reconhecida cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade (BRASIL, 1990).

<sup>2</sup> Sobre os princípios organizativos do SUS: **regionalização e hierarquização** asseguram que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, com uma delimitação geográfica de acordo com a definição da população a ser atendida. Isto subentende que os Serviços têm capacidade de disponibilizar a uma determinada população todas as modalidades assistenciais e o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um excelente grau de resolutividade, ou seja, de resolução dos seus problemas; sob princípio da **resolutividade**, quando um indivíduo busca assistência de saúde ou quando se trata de um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência; a **descentralização** é compreendida como a distribuição das responsabilidades no que se refere às ações e serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais próximo do fato ou problema for tomada a decisão, maior será a chance de acerto; a **participação dos cidadãos** é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará ativamente do processo de formulação de políticas de saúde e, também, exercerá o controle de sua execução, do nível federal ao nível local; a **complementaridade do setor privado** diz respeito à possibilidade de contratar os serviços privados no momento em que o setor público revela-se insuficiente para atender os problemas de saúde da população (BRASIL, 1990).

manuals, cartazes e *folders*. Anuncia-se: “**Abra a porta para Dona Saúde Entrar**”, “**Saúde dentro de Casa**”, “**Programa de Saúde da Família – levando a saúde mais perto da família**”, “**Dá licença, posso entrar?**”, “**Dona Saúde Vai Entrar**”.

Souza (2001) esclarece que o PSF não é uma estratégia de “Médico de Família” e sim de “Saúde da Família”; isso se deve ao fato de que a co-responsabilidade social frente aos desafios de uma nova produção de saúde tem por base a atenção às famílias, considerando-as nos seus espaços vitais.

Os técnicos do Ministério da Saúde sempre têm tido uma preocupação em desvincular o PSF das características dos outros programas desse Ministério. Isso pode ser observado nas publicações que marcaram o início do seu processo de implementação. Os documentos lançados pelo Ministério da Saúde, nesta época, sinalizavam, na terminologia, uma ambigüidade na sua definição. Em setembro de 1994 foi publicado um documento pela Fundação Nacional de Saúde, intitulado *Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa*, orientando os seus princípios e diretrizes operacionais. Em 1996 o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde da Comunidade, lançou um segundo documento sob o título *Saúde da Família – uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*, em que foi citado o termo “estratégia” no título, tendo uma conotação de programa em todo o teor do documento. Assim, constata-se que o PSF foi lançado como programa, com o intuito de lhe dar visibilidade política, um espaço mais definido para o diálogo institucional e maior popularidade nos veículos de comunicação. Todavia, vem se afirmando cada vez mais como uma “estratégia” para viabilização dos princípios do SUS, sob a perspectiva de uma re-organização do modelo assistencial no âmbito da Atenção Primária de Saúde (SANTOS, 2002; SOUZA, 2001).

Com a finalidade de esclarecer a discussão que gira em torno da definição dos seus termos “programa” e “estratégia”, faz-se necessário proceder a uma caracterização teórica de ambos: um programa apresenta formulações fechadas, é definido claramente, no que diz respeito às metas, objetivos e passos da sua operacionalização; uma estratégia, por sua vez, sinaliza caminhos possíveis para o alcance dos objetivos, é uma maneira de dirigir um conjunto de disposições. O termo PSF continua sendo utilizado nos documentos oficiais, já contendo uma clara e reconhecida conotação de estratégia. Por isso, neste estudo, será adotado o termo PSF, todavia compreendendo-se a sua natureza - como uma **estratégia assistencial**.

*O PSF é, portanto, um novo 'modelo assistencial à saúde', e não um programa de saúde no sentido tradicional, mais limitado no seu escopo. Novo em contraposição ao existente, sem que sejam relacionadas as características do modelo tradicional.* (SANTOS, 2002, p.16).

O PSF é **uma estratégia** porque faz uma ausculta qualificada das necessidades e potencialidades das famílias e comunidades, sendo capaz de agregar um conjunto de projetos; assim sendo, não é uma **ação pontual** e sim uma **rede social** que mobiliza e motiva as pessoas, as famílias e a comunidade ao crescimento, na busca das oportunidades (SOUZA, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde - Brasil (2000):

A Equipe de Saúde da Família ou **equipe PSF** – assim denominada neste estudo, está ligada à Estratégia/Programa Saúde da Família; é constituída por: um Médico, um Enfermeiro, dois Auxiliares de Enfermagem e até seis Agentes Comunitários de Saúde(ACS's). Conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, cada equipe deve atender a uma população entre 2400 e 4500 pessoas, o que equivale, aproximadamente, de 800 a 1000 famílias.

O PSF já foi implantando em 4114 municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

No Estado de Santa Catarina há 264 municípios desenvolvendo essa estratégia na Rede de Atenção Básica (SANTA CATARINA, 2003).

O universo de atuação dessa equipe deverá ser delimitado geograficamente, o que deve ser do conhecimento da população a ser atendida. Cada equipe trabalha com universo e número fixo de famílias. Os seus membros participam de um treinamento introdutório, independentemente da sua formação anterior, constituído por atividades teóricas e práticas fundamentadas no discurso do PSF. Essa capacitação é oferecida pela instituição promotora responsável pela realização do Projeto do Pólo de Capacitação, com a participação de núcleos regionais, entre os quais, estão as Universidades.

Após a realização do trabalho de territorialização na comunidade, a equipe passa a trabalhar com as famílias que integram a área geográfica de abrangência delimitada, e somente serão atendidas fora desta área as situações de emergência e de risco, criteriosamente analisadas e avaliadas pela coordenação.

É prevista uma vinculação nominal das famílias cadastradas aos membros da equipe e aos serviços, e estas devem ser visitadas nos domicílios pelas equipes, de acordo com a



demanda que se apresenta e, também, atendidas nos programas desenvolvidos na Unidade de Saúde.

Para Souza (2000), um dos grandes desafios deste programa/estratégia se encontra justamente na capacitação dos profissionais. Esta é uma condição importantíssima para a sustentabilidade desse modelo, uma vez que poucos profissionais apresentam o perfil necessário. Nesse sentido, essa autora destaca a importância que as Universidades têm tido no processo de formação e capacitação dos recursos humanos nesse programa/estratégia. Assim, as Universidades têm tido um papel importante no processo de educação permanente das equipes de saúde e, também, na formação de novos profissionais com este perfil diferenciado. Por outro lado, segundo Souza, a participação das Universidades nesse processo também tem um reflexo sobre o mercado de trabalho, contribuindo no aperfeiçoamento teórico da proposta. Desse modo, as pesquisas têm sido fundamentais na retroalimentação do discurso e da prática do PSF.

A literatura nos mostra que os desafios encontrados no desenvolvimento do PSF são de naturezas diversas; no entanto, a maioria deles aponta para a premente necessidade de uma mudança efetiva no atual modelo assistencial, conforme a proposta constante no seu discurso..

Carneiro et al (2000), ao abordarem as questões relacionadas à produção e incorporação de novas tecnologias pelo PSF, destacam a necessidade de um processo de adequação à esse novo olhar, diante da proposta de rupturas nas formas tradicionais de pensar e de agir.

Na perspectiva de uma mudança do modelo assistencial, acredito que a assistência domiciliar à família seja um dos pontos mais sensíveis e complexos na proposta do PSF e, também, como têm revelado diversos estudos, é onde os profissionais estão encontrando grandes desafios.

Trad e Bastos (2000) acreditam que as investigações que se debruçam sobre a família e seu contexto, são, nesse momento, alvos estratégicos para o PSF. Para essas autoras, o reconhecimento do contexto familiar é uma das questões mais importantes, considerando-se a sua complexidade, e apontam a necessidade de uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde voltadas ao espaço domiciliar das famílias.

Souza (2001) afirma que o enfoque sobre a família e a comunidade, oriundo da reorganização da política de saúde, não quer dizer que esteja se devolvendo à família o “fardo” da crise social do Estado Social, convocando-as a retomarem antigas e novas responsabilidades assistenciais e de cuidados. A intenção maior é construir uma nova forma

de prestar assistência seguindo o princípio de que as respostas devem se situar o mais próximas possível do nível em que se encontra a necessidade; com a participação do setor informal através das denominadas redes sociais primárias, a família poderá configurar-se em sujeito com tarefas e co-responsabilidades no cuidado de sua saúde.

Creio que entre o discurso e a prática ainda há uma longa distância a percorrer; cabe-nos refletir, profunda e criticamente, sobre essas interações que se dão no âmbito da intimidade familiar pois, como diz Donzelot (1986, p.9), em nome do social, a família pode ser, ao mesmo tempo, *rainha e prisioneira*.

Lunardi (1999, p.53) aborda o exercício do governo de si e dos outros nas práticas de saúde e propõe uma reflexão sobre a ação concreta dos profissionais em suas relações assistenciais. A autora sugere que se tenha um olhar crítico e um cuidado ético ao transitar nos limites fronteiriços entre o poder pastoral e o cuidado de si. Ela afirma que o crescente conhecimento que se tem sobre a vida do seres humanos, sua biologia, sua força, suas condições de existência, a saúde individual e a coletiva, tornam possível *o exercício de um controle do saber e de intervenções de poder. O corpo do homem, a sua saúde, como se alimenta, como mora e como vive, enfim, a sua existência, tornam-se objeto de investimento e de atuação política*.

Para o desenvolvimento deste estudo, procurei ancorar os meus horizontes teórico-metodológicos em alguns pressupostos gerais, ou sejam:

- o cuidado domiciliar abarca o encontro de dois mundos, *de fora e de dentro*, o conhecimento científico e a sabedoria popular, a autoridade da norma e a força da tradição. É um encontro pleno de signos e de significados, de confidencialidades e de poderes e um espaço fértil de possibilidades. É, também, sensível na liminaridade de suas fronteiras, por vezes porosas, em outras, impermeáveis. Aventurar-se, profissionalmente, nos meandros desse espaço interior da família pode ser a redescoberta de um mundo talvez estranho, mágico, poderoso e sábio para os olhos estrangeiros da equipe PSF. Para estabelecer as parcerias com as famílias nesse nicho íntimo, é preciso que nós, profissionais de saúde, desvelemos aquilo que, muitas vezes, não é dito e nos revelemos, eticamente, como reais parceiros no processo de cuidar;

- nesta rede interativa se manifestam, muitas vezes, pequenas resistências que têm grandes significados no jogo das relações de poder que perpassam os encontros assistenciais

entre equipe PSF e famílias no domicílio. Compreender esses encontros como um exercício de autonomia da família no cuidado de si parece ser um cuidado essencialmente ético.

Sob a luz desses pressupostos, procurei elucidar determinados aspectos no âmbito desse contexto, a fim de melhor compreender as relações que se estabelecem entre equipe PSF e famílias, na definição de uma situação assistencial domiciliar desenvolvida no Programa/Estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, busquei conhecer:

- como as famílias compreendem a sua própria intimidade e, por outro lado, como esse mundo íntimo familiar é compreendido pelos integrantes da equipe PSF, a partir das relações assistenciais que aí se estabelecem;

- como as relações familiares são organizadas em torno da intimidade da família, e de que modo essa organização sofre e exerce influências nas relações que são construídas com a equipe PSF no processo assistencial domiciliar;

- como as relações assistenciais, construídas entre a família e equipe PSF no âmbito da intimidade familiar, se relacionam com o Sistema de Saúde, em um nível mais abrangente.

Nos dois próximos capítulos, especificamente de números 2 e 3, apresentarei, respectivamente, os pensamentos de alguns autores que iluminaram as minhas reflexões iniciais e que, em conjunto com outros autores, auxiliaram a sustentar a construção teórica deste estudo; a seguir, apresentarei a trajetória metodológica deste trabalho, evidenciando o tipo de estudo e as perspectivas que o orientaram, o método que foi utilizado para obtenção e análise dos dados obtidos na realidade em foco, descrevendo o desenvolvimento de cada um dos passos percorridos nesse processo, para chegar aos temas universais deste estudo.

No capítulo 4 passarei a apresentar o cenário social em que se situa a realidade em foco, ou seja, a situação assistencial no domicílio familiar, buscando contextualizá-la, historicamente, a partir das relações que se estabelecem entre famílias, profissionais de saúde e Estado, sob as diferentes configurações sociais, buscando, assim, compreender as origens sociais e políticas das práticas interventivas atuais.

Nos capítulos 5 e 6, trarei as revelações deste estudo relacionadas às percepções e expectativas pessoais, sociais e profissionais que giram em torno de uma situação assistencial domiciliar; primeiramente, na voz das famílias e, em seguida, na ótica da equipe PSF.

No capítulo 7 apresentarei a dinâmica interacional que perpassa um encontro assistencial, na perspectiva de um ritual de aproximação entre dois sistemas sociais distintos: *a casa e a rua*. Destacarei nesta parte, os movimentos de aproximação e de afastamento entre família e equipe PSF, respectivamente, estabelecidos no sistema de *dentro* e no sistema de *fora*. Situarei o jogo simbólico que se manifesta no encontro desses dois mundos e, também, o cenário em que se desenvolve o processo de cuidar, constituído por uma *zona de fachada* ou um espaço de aparências, e pela *zona dos bastidores* que abarca uma dimensão oculta. Em seguida, trarei a perspectiva de uma definição da situação assistencial domiciliar, como um espaço ético em que a zona das aparências dá lugar às soluções no processo de cuidar, num plano interativo entre sujeitos solidários, competentes e responsáveis.

No capítulo 8 estarei apresentando uma análise sobre a relação entre a ética e a intimidade que, de uma certa forma, permeou todos os capítulos anteriores. Nessa análise, estarei procurando demonstrar que o sentido ético se encontra impregnado nos diferentes níveis e âmbitos da intimidade e das relações que aí são construídas, destacando os encontros assistenciais que aí se concretizam. Assim, decompondo os elementos que constituem as relações assistenciais no domicílio familiar, procuro definir esse terreno assistencial como um espaço de natureza ética.

No capítulo 9 destacarei algumas questões que emergiram, com destaque, neste estudo e que podem ser importantes para instrumentalizar a equipe PSF e também as famílias para uma real definição de uma situação assistencial no domicílio.

No capítulo 10 situarei as principais contribuições deste trabalho e as considerações finais.

No capítulo 11 estarão listadas as referências bibliográficas que foram citadas no trabalho e que contribuíram, sobremaneira, com a sua fundamentação teórica e metodológica.

Ao abraçar esta temática e traçar os primeiros planos deste estudo, visualizei a possibilidade de indicar caminhos ou direções que poderão balizar as reflexões das equipes de saúde sobre a prática assistencial junto às famílias nos domicílios, re-significando esses encontros de modo a torná-los uma efetiva parceria em busca de melhor saúde e qualidade de vida das famílias e, também, uma experiência existencial para ambos.

## Capítulo 2

### – BASES TEÓRICAS –

Neste capítulo apresento o pensamento dos principais autores que iluminaram, teoricamente, este estudo ao longo de sua construção. Abordo temas relativos à constituição das relações de poder a partir das interações sociais; às relações que se estabelecem entre saber e poder no âmbito dessas interações, na determinação dos discursos e práticas disciplinares – com base no pensamento de Foucault. Busco visualizar, especificamente, a inserção dessas relações no contexto da assistência de saúde. Destaco a contribuição de Deleuze que demonstra a transição social do regime disciplinar para uma sociedade de controle nos dias atuais. Trago a compreensão de Kant sobre a autonomia, como uma tomada de posição para si mesmo e para os outros, enquanto um exercício de liberdade – que é construída nas relações sociais. Acorados a essas idéias, trago diferentes autores para abordar o *cuidado de si*, a solidariedade no âmbito da ética, a saúde e a normalidade e a dinamicidade da família no processo de cuidado de si com as relações que aí se estabelecem. Em destaque, apresento a compreensão de Hanna Arendt sobre a intimidade.

Foucault (1998) nos apresenta a sua visão de poder como um fenômeno relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social cotidiana. Lá onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática da vida; lá está o poder. Essa concepção configura o poder como algo positivo, produtivo e, eticamente, essencial na constituição dos indivíduos em *sujeitos de si*.

No fluxo das relações sociais, o exercício do poder parte de inúmeros pontos e transita entre a mobilidade e a desigualdade de relações, formando, nas interações sociais, uma rede

móvel, dispersa e produtiva de relações de poder, que gera a vida do corpo social e constitui-se na sua própria organização. Nesse jogo constante da correlação de forças, as lutas e os afrontamentos constantes as transformam, invertem ou reforçam, por outras vezes se aproximam formando cadeias, ou, contrariamente, isolando-se entre si. Essa base móvel das correlações de forças cria estados de poder. A sua permanência, repetição ou auto-reprodução, é um efeito do conjunto desses estados móveis e dos encadeamentos destes entre si.

As relações de poder não se encontram apartadas das outras relações que permeiam a sociedade (econômicas, científicas e outras), ou seja, não são exteriores a estas, mas emanam delas. Por isso, essas relações não se constituem em uma superestrutura, mas desempenham, lá onde atuam, um papel produtor, uma condição interna, formando uma espessa textura que perpassa as estratificações sociais, sem se localizar exatamente em um determinado lugar, especificamente.

Em seu escopo, essas relações não abrangem caracteristicamente uma configuração centralizada, coerente, repressiva, binária e polarizada entre dominadores e dominados. No entanto, elas não podem existir se não encontrarem uma multiplicidade de pontos de resistência presentes estrategicamente em toda a rede de poder. A resistência não se encontra externamente a essas relações como uma oposição à dominação maior, mas é um elemento constitutivo dessas relações.

Da mesma forma que o poder, a resistência está posicionada e distribuída irregularmente no tempo e no espaço, em pontos móveis e transitórios que se aglutinam, se isolam, rompem unidades ou se reagrupam, remodelando pensamentos e atitudes, perpassando o indivíduo e chegando a formar um denso tecido que permeia as estruturas sociais. No fluxo contínuo, tenso e dinâmico desses jogos de poder, no cotidiano das relações é que pode surgir a possibilidade de uma transformação. É justamente na correlação dessas forças que deve ser analisado o mecanismo das relações de poder.

Compreendendo que o poder se exerce, ou seja, ele só existe na ação, surge a segunda grande questão: **em que consiste, especificamente, esse exercício, esse mecanismo?** Foucault (1999) esclarece que os fenômenos, as técnicas, os procedimentos de poder atuam nas relações, a partir das micro-esferas sociais, se deslocando, se estendendo, se modificando em um movimento ascendente, e ao alcançarem as dimensões mais amplas eles são investidos, anexados por fenômenos globais.

Os discursos dos profissionais da saúde têm as características de um discurso disciplinar, que se define como um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um *corpus* de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos. Uma disciplina é um ponto de partida, no sentido de que tem tudo aquilo que é requerido para a construção de novos enunciados. Há, portanto, em uma disciplina, a possibilidade de formular indefinidamente proposições novas.

[...] *uma disciplina não é a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa [...]; as ciências médicas, como qualquer outra disciplina, [...] são feitas tanto de erros como de verdades, erros que não são resíduos ou corpos estranhos, mas que têm funções positivas, uma eficácia histórica, um papel muitas vezes indissociável daquele das verdades.* (FOUCAULT, 2000, p.30-1).

O autor esclarece que nas disciplinas há um rigoroso controle sobre o discurso, com a fixação de limites dentro de um *jogo de identidade* que traz consigo uma re-atualização constante das regras. Nesse controle dos discursos são determinadas as condições de funcionamento das disciplinas, restringindo o livre acesso aos seus saberes e qualificando aqueles que poderão fazer uso dele. Esse autor nos fala que nesse sistema de restrição dos discursos é incorporado o *ritual*, que define o perfil e a qualificação dos indivíduos que utilizam esses discursos, definindo os seus gestos, comportamentos, circunstâncias e todo um conjunto de signos que envolve as falas e as ações. Nessa performance se estabelece a *suposta eficácia* do discurso, com efeito sobre aqueles aos quais é dirigido, e nos limites do valor de coerção. Em suma, esse ritual determina, simultaneamente, as propriedades particulares e os papéis pré-estabelecidos para os sujeitos que falam.

No pensamento do autor, no processo de hierarquização do conhecimento, para alcançar o *status* científico uma proposição deve apresentar as condições necessárias para poder ser inscrita em determinado horizonte teórico, isto é, no seu interior, cada disciplina reconhece a verdade ou a falsidade das proposições, e repele, para além de suas margens, toda uma *teratologia do saber* que não preenche as complexas exigências requeridas pela ciência, para poder pertencer ao conjunto disciplinar que se situa no campo das “verdades”, no âmbito do saber “verdadeiro”.

A história nos mostra que, no início do século XIX, as ciências médicas intensificaram o controle dos limites “científicos” das suas proposições; e eram excluídas para “fora da medicina” aquelas proposições que não pudessem atender ao seu rigor disciplinar adquirindo, automaticamente, o *valor de um fantasma individual, de credence popular*. Se essas

proposições apresentassem um teor qualitativo, metafórico e substancial, elas poderiam recorrer a noções igualmente metafóricas construídas sobre outro *modelo funcional fisiológico*; isso quer dizer que aquelas proposições que não obedecessem a determinadas leis de construção e não se prendessem à mesma sistematização disciplinar, ainda que suas afirmações tivessem o mesmo sentido, seriam excluídas do domínio científico (FOUCAULT, 2000, p.32).

Esse tipo de saber que não é reconhecido pelas *verdades* da comunidade científica, denominado – *saber sujeitoado* – e definido por esta comunidade como um *conhecimento ingênuo, desqualificado, não conceitual, insuficientemente elaborado, hierarquicamente inferior* por estar abaixo do nível de cientificidade requerido, está em processo de *insurreição* na sociedade atual a partir de uma *crítica local*. Foucault fala de *crítica*, como uma [...] *espécie de produção teórica autônoma, não centralizada, ou seja, que, para estabelecer sua validade, não necessita de chancela de um regime comum*. Também compreendido pelo autor como o *saber das pessoas*, sem estar se referindo a um tipo de *bom senso* ou *saber comum*, mas sim a um [...] *saber particular, um saber local, regional, um saber diferenciado, incapaz de unanimidade e que deve sua força apenas à contundência que opõe a todos aqueles que o rodeiam*. (FOUCAULT, 1999a, p.11-12).

O conhecimento não pode ser compreendido na esfera da neutralidade; todo saber é político porque tanto o sujeito como os domínios do saber existem a partir das condições políticas; e a sua investigação [...] *não deve remeter a um sujeito do conhecimento que seria sua origem, mas a relações de poder que lhe constituem* (MACHADO, 1998, p.XXI).

Em suas pesquisas no *Collège de France*, Foucault deu um destaque especial ao *imbricamento poder/saber*, no sentido de que:

[...] *poder e saber não estão ligados um ao outro apenas pelo jogo de interesses e das ideologias; o problema não é portanto apenas determinar como o poder subordina o saber e o faz servir a seus fins ou como se sobrepõe a ele e lhe impõe conteúdos e limitações ideológicas. Nenhum saber se forma sem um sistema de comunicações, de registro, de acumulação, de deslocamento, que é em si mesmo forma de poder e que está ligado na sua existência e no seu funcionamento, às formas de poder. Nenhum poder, por outro lado, se exerce sem a extração, a apropriação, a distribuição ou a retenção de um saber*. (Citado por MAIA, 1998, p.112).

Deleuze (1992) acredita que, atualmente, as sociedades já não são mais, exatamente, disciplinares por estarem emergindo gradativamente, o que Burroughs denomina de *sociedade*



*de controle*. Foucault, na época em que descrevia as sociedades disciplinares, reconhecia que este formato social se instalaria em um futuro próximo. Deleuze esclarece que os confinamentos dos indivíduos em hospitais, prisões, escolas, fábricas, etc., estão ficando para trás, cedendo lugar a um sistema de controle contínuo e de comunicação instantânea. Essa configuração social abarca novas formas de sanções, de estratégias educativas e de assistência à saúde; os meios abertos são privilegiados, a exemplo dos hospitais-dia e da assistência domiciliar à saúde e, nesse caso, sob um regime de controle próximo, contínuo e permanente. O autor afirma que:

*Os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro.* (DELEUZE, 1992, p.221).

Para o autor nas sociedades disciplinares podem ser evidenciados dois pólos, quer sejam: a assinatura, referida ao indivíduo, e o seu número de matrícula, que aponta a sua posição em uma massa. Essa polaridade, no entanto, não estabelece incompatibilidades entre as duas formas, uma vez que o poder constitui, ao mesmo tempo, um corpo único sobre os quais ele se exerce e, por outro lado, molda a individualidade de cada membro desse corpo; isso significa que o poder nas sociedades disciplinares é massificante e individualizante ao mesmo tempo. Na sociedade de controle, a assinatura e o número já não são essenciais; o que vale é uma cifra ou uma senha, que é a linguagem numérica do controle e que fornece o acesso à informação ou à rejeição. Está ocorrendo, portanto uma alteração na relação massa-indivíduo. Os indivíduos passam a ser divisíveis e as massas – amostras, dados ou mercados. Segundo Deleuze (1992, p.223-4): *O marketing é agora o instrumento de controle social, e forma a raça impudente de nossos senhores. O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua*. Enquanto nas sociedades disciplinares o ato de recomeçar é constante, nas sociedades cujo regime de controle se dá ao ar livre nunca se termina nada. O autor esclarece: *O homem da disciplina era um produtor descontínuo de energia, mas o homem do controle é antes ondulatório, funcionando em órbita, num feixe contínuo*. Continua Deleuze: *A família, a escola, o exército, a fábrica não são mais espaços analógicos distintos que convergem para um proprietário, Estado ou potência privada, mas são agora figuras cifradas deformáveis e transformáveis, de uma mesma empresa que só tem gerentes*.

As sociedades de controle ou de comunicação, cujos tentáculos se encontram emaranhados em uma trama invisível e poderosa, suscitarão novas formas de resistência. Nesse sentido, quer crer o autor, é importante que sejam criados *vacúolos de não comunicação, interruptores*, como uma maneira de escapar ao controle. Em uma sociedade que tem o espetáculo como um dispositivo fundamental onde a aparência se constitui na própria realidade, em que o controle da vida dos indivíduos é regido por uma ética de mercado, há que se constituir novos modos de existência ou possibilidades de vida, criando novos espaços de resistência. Para Deleuze, não há um tipo de regime mais tolerável ou mais duro; tanto nas sociedades disciplinares quanto nas sociedades de controle, é preciso enfrentar as liberações e as sujeições que estas suscitem.

Assim, ao situarmos o ser humano na esfera das relações sociais, no exercício do poder e na constituição da sua própria existência emerge, com intenso significado, o componente ético. No cerne desse processo se encontra a liberdade humana, que se faz necessária para uma tomada de posição perante si mesmo, distanciando-se de si próprio e enfrentando-se; exercendo o poder em si mesmo, como *sujeito de si* (BARRIOS, 1997; FOUCAULT, 1988a).

A autonomia do ser humano é sempre relativizada nesse processo de regulação e autorregulação, na constituição do *sujeito de si* e também do sujeito em ação pois, *como ser no mundo*, compartilhando a sua existência, intersubjetivamente, não pode prescindir de sua situação no mundo; assim, a sua liberdade é sempre situada e referenciada, pois não poderá exercê-la sem a relação com os outros. A liberdade do sujeito se afirmará em contextos determinados, na referência a outros (BARRIOS, 1997, p.122).

Quando se refere à liberdade, Kant (1998) acredita que alguém só pode dar a liberdade a si próprio e não a outrem; e na dinâmica das relações humanas, considerando-se o campo sensível e subjetivo, poder-se-á possibilitar condições para que o sujeito possa assumir a sua liberdade. No exercício da autonomia, o sujeito responsabilizar-se-á pelo cumprimento da lei que ele próprio assume para si mesmo, na causalidade da sua própria vontade, podendo dessa maneira ser livre e também responsável. Assim, podemos compreender que a falta de autonomia de alguém não depende necessariamente da dominação do outro; a liberdade é algo que se constrói em meio às relações com os outros, mas que em última instância, alguém dá a si próprio. Kant nos oferece a possibilidade de conceber o ser humano como *sujeito de si*, liberto da tutela dos outros.

Na construção das relações éticas dos sujeitos, no exercício contínuo da autonomia, ser livre implica em proclamar a *capacidade de ser*, com uma coexistência aberta; de *poder ser*, *desde, em, com e sobre a necessidade e o determinismo* presentes nas relações humanas, em que coexistem, constantemente, a liberdade e a sua negação (BARRIOS, 1997, p.120-121).

Para Foucault (1985; 1995), a realização da ética perpassa a prática da liberdade, na constituição de si próprio em um sujeito moral, que se traduz em uma profunda relação consigo mesmo. Na condição de *sujeitos livres*, sujeitos individuais ou coletivos, se dá o exercício do poder; e em meio às relações sociais esses sujeitos têm, diante de si, um vasto campo de possibilidades em que transitam diferentes comportamentos e reações, e onde as determinações não podem estar saturadas ou cristalizadas. Não há relações de poder onde o ser humano esteja acorrentado porque o poder se exerce apenas quando ele pode se deslocar, resistir ou modificar essas relações. Esse espaço de autodeterminação do sujeito é uma condição absolutamente essencial nas relações profissionais de cuidados à saúde.

Lunardi (1999, p.30-1; 163) analisa a liberdade como uma condição de moralidade do sujeito, na perspectiva de que, no exercício desta liberdade, o indivíduo busque a ocupação de si e o cuidado de si como um caminho necessário para atingir o autoconhecimento, a formação de si para a superação de si mesmo nas suas relações com os outros. Essa autora reforça a conotação ética nesse particular, acreditando que o cuidado de si passa a ser uma *exigência ontológica* na constituição do sujeito que governa e dirige a si. Assim, o processo de conhecimento de si *conduz o homem a um processo em busca da sabedoria*. Isso implica em um exercício da crítica de si nas suas relações com os outros e com o mundo, e indo além da formação de um saber para a modificação da forma de ser. Nas relações dos cuidados à saúde, Lunardi situa o cuidado de si como um *ato terapêutico*, e explica que esse cuidado requer a *crítica da prática de si mesmo* e uma aproximação com as questões terapêuticas da medicina. A autora chama a atenção para a questão de que o cuidado de si não é um *exercício solitário*, e sim uma *prática social*. Nesse sentido, ressalta que *o cuidado de si como uma tecnologia do eu*, no âmbito da ética, pode ser compreendido como a [...] *busca do autocuidado por parte das pessoas, significando a ampliação do governo de si, ou seja, dos espaços de autonomia, de exercício da liberdade, de decisão e, concomitantemente, implica a redução dos espaços do governo das pessoas pelos outros*.

Caponi, em sua análise genealógica sobre as práticas médicas fundadas nas éticas da compaixão/utilitarista, problematiza as estreitas ligações entre estas duas éticas (compassiva e

utilitarista) ao longo da história. Essa autora aponta para a necessidade de ancorar os processos assistenciais na área da saúde em vínculos mais simétricos voltados à *solidariedade* e a *equidade*. A autora afirma:

[...] a *solidariedade*, como princípio, não é outra coisa que a realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, isto é, capaz de aceitar ou de rejeitar essas ações. A *solidariedade* pertence ao âmbito da ética, a partir do momento em que só pode existir entre aqueles que se reconhecem como participantes de uma comunidade intersubjetiva de agentes morais. (CAPONI, 2000, p.45).

Caponi acredita, então, que a *solidariedade* só existe quando há respeito, admiração e reconhecimento do outro, ante a possibilidade de *reclamar, aceitar ou negar a assistência*. Nessa ótica, as práticas precisam ser pensadas a partir de princípios que não sejam fundados em *mandatos ou normas incontestáveis que emergem de um nível 'superior e onisciente'*; uma vez que ... *as estratégias compassivas e disciplinares substituem e anulam os vínculos solidários entre iguais*. (p.95).

Todas as questões ético/assistenciais encontram-se profundamente entrelaçadas com a própria concepção de saúde humana. Faz-se necessário, então, visualizar em que bases conceituais se sustentam as compreensões sobre a saúde nessa linha de pensamento.

Na ótica de Canguilhem, saúde e normalidade têm uma correlação relativizada. Ter saúde implica na possibilidade de *ultrapassar a norma, de tolerar infrações à norma habitual e instituir normas novas em situações novas*. Assim, a saúde pode ser compreendida dentro de uma *margem de tolerância às infidelidades do meio*, que, por sua vez, é definido cientificamente através de leis que nada mais são do que abstrações teóricas. Canguilhem alerta que os seres humanos não vivem entre as leis em si mesmas; mas entre os seres humanos e entre os acontecimentos que *diversificam* essas leis. Por outro lado, por ser *qualificado* e viver em meio a *objetos qualificados*, o ser humano vive em um meio de *acidentes* possíveis, onde tudo ocorre como um *acontecimento*. É aí que se situa a *infidelidade do meio*. O ser humano só se sente saudável quando se sente *mais do que normal*; o que significa mais do que adaptado ao meio e às suas exigências; ele se sente capaz de construir e adotar novas normas de vida. Esse autor compreende a saúde como [...] *uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais*. (CANGUILHEM, 1995, p.158-163).

Para este autor, uma norma ou uma regra tem relação com o sentido de colocar de pé, endireitar, retificar. Através da normatização se impõem exigências à existência, ante a disparidade e variedade daquilo que é exigido, categorizado como uma indeterminação hostil. Canguilhem avança na definição que, sob outra perspectiva, a norma abre, por si mesma, a possibilidade de unificar a diversidade, reabsorvendo diferenças, resolvendo desavenças. A norma, portanto, traz consigo a expressão de uma referência, instrumento de uma intenção de substituir uma situação tida como insatisfatória em uma outra, com uma condição considerada satisfatória. A regra ou norma define a normalidade, partindo de uma decisão normativa.

Dejour (1986) caracteriza a saúde como um fenômeno dinâmico, que está em constante processo de mudança, diferentemente de um estado passivo e de calma. Para esse autor, ao trabalhar-se com a saúde das pessoas é imprescindível que não se estabeleça, com rigidez, as normas de movimentação dos seus corpos. Podemos compreender, então, que as pré-determinações do processo de viver na própria normatização da saúde das pessoas tolhem, enfaticamente, esse movimento necessário e saudável.

Segundo Foucault (1988 a, p.131-5), o desenvolvimento dos conhecimentos sobre os aspectos biológicos ligados à saúde humana, bem como à própria vida, no âmbito individual e coletivo gerou o controle do saber técnico (disciplinar) e também de um tipo de intervenção disciplinar na vida dos indivíduos, em nome da saúde. O poder político que assumiu essa tarefa de gerir a vida dos sujeitos, ou o poder sobre a vida desenvolvido a partir do século XVII, centrou-se inicialmente sobre a visão do corpo humano como uma máquina, adestrando-o, valorizando sua docilidade e utilidade em consonância com um sistema de controle eficaz. Esse processo foi assegurado pelos *procedimentos de poder* embutidos nas *disciplinas anátomo-patológicas do corpo humano*. Posteriormente (metade do século XVIII), o enfoque privilegiou o *corpo-espécie*, amparado pela visão da mecânica vital dos indivíduos e do suporte dos processos biológicos à vida relacionados à reprodução, nascimentos e mortalidade, níveis de saúde e longevidade. Aqui, as disciplinas do corpo e o controle da população constituíram *a organização do poder sobre a vida*, através de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*, um investimento na vida, assimetricamente, projetado de cima para baixo, a que Foucault chama de *a era do bio-poder*. Sob essa ótica, os processos ligados à vida são organizados, ampliados e considerados por estratégias de poder que visam o seu controle, a sua modificação. Acompanhando o desenvolvimento do bio-poder, enalteceu-se a atuação da *norma* como um mecanismo contínuo, regulador e corretivo, que qualifica, mede, avalia e hierarquiza os comportamentos

em nome da vida. Para este autor, [...] *uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.*

O *poder disciplinar*, o *bio-poder*, a *governabilidade* são *técnicas do poder* ativadas na Era Moderna, que prevêm um excesso de centralidade e que fazem valer a soberania. A *atuação do poder sobre os corpos* (bio-poder) foi analisada, por Foucault, em dois níveis: as *técnicas do poder*, ou sejam, as disciplinas (poder disciplinar) que têm como alvo os *micro-corpos dos indivíduos* (em lugar do *corpo molar* coletivo). Nesse nível, as disciplinas são o meio para realizar o controle rigoroso das *operações do corpo* num processo de *sujeição constante de forças*, de adestramento. No outro nível, o corpo foi compreendido no contexto da espécie sob a ação de leis e regularidades (MAIA, 1998, p.111;129).

Portocarrero (1998, p.196) reflete que, para Foucault, a disciplina é dirigida para os indivíduos, focalizando seus corpos, utilizando táticas que têm por objetivo *maximizar a sua docilidade e utilidade, através da ordenação das multiplicidades humanas*. Nessa linha, Maia (1998) analisa o bio-poder centrado no processo de ordenação, garantia, sustentação e multiplicação da própria vida para o controle e a gestão dos corpos.

No processo de disciplinarização existe uma vigilância hierárquica em relação aos atos e desempenhos dos indivíduos. Há um grande destaque ao poder da norma que é estabelecida através da regularização dos comportamentos, ou seja, os comportamentos singulares são relacionados a um conjunto que permanece sob a tutela constante de uma sanção normalizadora. Os seus métodos permitem o controle minucioso dos corpos e das ações dos indivíduos, realizando a permanente sujeição de suas forças e lhe impondo uma relação de docilidade-utilidade. De certa maneira, essa regulamentação conduz à homogeneidade, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, ajustar as diferenças umas às outras, assegurando a ordenação das multiplicidades desses indivíduos. Foucault (1999) chama atenção ao fato de que, para o exercício desse poder, é necessária a utilização de instrumentos que possibilitem uma vigilância constante e onipresente, capaz de tornar visível tudo o que se passa, mas com a condição maior desse processo de vigilância se tornar invisível. Khoury (1998) acredita que esse processo disciplinador das práticas sociais, sob o código da normalização, oculta os lugares onde são construídas as estratégias disciplinadoras, em torno de que interesses são forjados. Essas estratégias socializam-se como uma ciência neutra e objetiva, que participa na construção da homogeneização da realidade social. Khoury (1988, p.131-4) percebe que ao mesmo tempo em que ocultam as estratégias de dominação, os

mecanismos de disciplinarização garantem o exercício dos direitos soberanos individuais por meio da soberania do Estado. Estas práticas [...] *engendram-se na sociedade apoiando práticas e discursos técnicos, profissionais, da mídia e dos políticos – permeando rotinas cotidianas, promovendo a construção do imaginário coletivo voltado para a idéia da “nação”*. Isso Foucault (1999a, p.133-146) denomina de *sociedade de normalização*.

As disciplinas que constituem a área da saúde trazem no seu cerne um discurso próprio, criam um aparato de saberes que define um código de *normalização*, ou seja, essas disciplinas trazem consigo um discurso da norma, não como uma regra jurídica que deriva da soberania, mas sim como uma *regra natural*, sob a jurisprudência do *saber* clínico (FOUCAULT, 1999a, p.45).

Canguilhem (1995, p.211-2) explica que a palavra norma significa esquadro; e *normalis* (latim) significa perpendicular – assim, uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, por em pé, endireitar. Normalizar significa impor uma exigência a uma existência, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indetermiado hostil, mais ainda do que “estranho”. Nessa concepção, o normal é um produto da execução de um projeto normativo; ou seja, a normalidade é compreendida a partir de uma decisão normativa. Uma norma se propõe a ser uma possibilidade de unificar o diverso, reabsorvendo as diferenças, resolvendo desavenças; no entanto, o valor da regra só se constitui conquanto ela possa ser submetida a uma prova de contestação, isto é, uma regra se estabelece como tal quando existe a possibilidade de confrontá-la com um outro encaminhamento.

A análise de uma situação pode apontar *graus de normalidade* que indicam sinais de *filiação a um corpo social homogêneo*, dentro de um sistema classificatório e hierarquizado. Por outro lado, essa classificação tem características individualizantes porque possibilita medir os desvios, determinar os níveis, fixar especialidades e ajustar as diferenças umas às outras (FOUCAULT, 1999b, p.153).

Segundo Canguilhem (1995, p.218-222): [...] *a norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa*. Essa decisão, por sua vez, é relativa a uma outra norma, ou seja, ela só pode ser compreendida no contexto de outras normas. Isso, nas palavras do autor, quer dizer o seguinte: *As normas são relativas umas às outras num sistema, ao menos potencialmente*.

Quero crer, como Caponi (2002, p.6), que não se pode pensar em uma alteridade absoluta entre o corpo subjetivo e o saber científico, pois a sustentação desse corpo subjetivo

ocorre, em grande parte, por artifícios desses saberes. A identificação das necessidades e problemas de saúde da família, nessa ótica, é um trabalho de tradução das suas necessidades vitais, e a implementação de estratégias efetivas que façam sentido para o viver desses sujeitos no seu contexto social e, ainda, no plano da sua singularidade e individualidade desse seu viver, ou seja, do seu próprio estilo de vida. Parafraseando Caponi (2002, p.13-18): *A saúde implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica na capacidade de instituir novas normas em situações novas*. Ancorada no pensamento de Canguilhem, a autora refere: *A vida no silêncio dos órgãos reclama como contrapartida que esse silêncio seja ignorado, reclama a descrição das relações. Ao contrário, quem solicita atenção, quem precisa ser escutado, é aquele que se sabe e se sente enfermo*. Nessa compreensão, a assistência à saúde passa a constituir-se em uma margem de segurança às infidelidades do meio, mas ao mesmo tempo é preciso redefinir esse espaço assistencial em que se exerce um controle gerencial sobre a saúde das famílias, sobre o seu próprio viver.

Para Deleuze, na emergência das sociedades de controle, surge:

*[...] a nova medicina sem médico nem doente, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria **dividual** a ser controlada.* (DELEUZE, 1992, p. 225).

Em sua análise sobre o processo de normalização, Costa (1999, p.50) procura extrapolar a visão estrita da redução, da unificação por excelência, e reflete que, ainda que taticamente incorpore o momento repressivo, a norma busca prioritariamente prevenir o virtual e produzir fatos novos. *A regulação é um mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até inexistentes ou imperceptíveis*. Assim, os indivíduos são adaptados, pela regulação, *à ordem do poder, não apenas pela abolição das condutas inaceitáveis, mas sobretudo, pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais*.

É importante, nesse ponto, procurar caracterizar a intervenção profissional nesse processo de normalização da saúde. Nesse sentido, Baptista (1998, p.111) explica que o espaço mais privilegiado da intervenção profissional é o *cotidiano, o mundo da vida, o todo dia do trabalho que se revela como o ambiente no qual emergem exigências imediatas e são desenvolvidos esforços para satisfazê-lo, lançando mão de diferentes meios e instrumentos*. Neste ambiente relacional, os profissionais movem-se “*naturalmente*” sob uma pretensa



relação de intimidade e confiança, manipulando as coisas, os hábitos e as normas que regulam as atitudes dos indivíduos nas áreas sociais e técnicas. Os pensamentos de Foucault (1999b) fundamentam essa questão, nos mostrando que a rede de relações de poder se constitui nos micro-poderes cotidianos, que atuam numa dimensão capilar, entranhados nos micro-espços sociais onde ocorrem os processos de dominação mais tangentes.

O espaço privado da família tem sido um dos grandes alvos da intervenção profissional na área sanitária ao longo da história, e a intimidade das pessoas tem sido atingida pela normalização de seus hábitos, desejos e modos de vida. Foucault (1998, p.199-201) relata que a organização da família em torno da medicalização dos indivíduos intensificou-se no decorrer do século XVIII. Nesse novo olhar sobre o meio familiar foram definidos novos papéis para a família, permitindo a articulação de uma *ética "privada" da boa saúde* no controle higiênico coletivo e na aplicação de *técnicas científicas de cura*, através de intervenções autoritárias. Desde então, a família se tornou *agente constante de medicalização*. Caponi (2000, p.84) demonstra como esse espaço íntimo familiar incorpora *o jogo entre o 'cuidador' e aquele que é 'cuidado'* como uma lei moral da família, que passou a ser valorizada, na sociedade, como *núcleo essencial* que responde pela educação, assistência à saúde, segurança e felicidade de seus membros.

A internalização de novos valores na vida de uma família, a partir de uma ação terapêutico-educativa, ocorre na esfera da sua vida privada:

[...] despolitizando o cotidiano e inscrevendo-o nas micropreocupações em torno do corpo, do sexo e do intimismo psicológico. É através da polarização da consciência dos indivíduos sobre estes objetos parciais de suas existências sócio-emocionais que a norma terapêutica se implanta e passa a agir. (COSTA, 1999, p.17).

Quando equipe PSF e família se encontram em uma situação assistencial, ocorre o que Deleuze (1986, p.2-8) denomina de *entrecruzamento de linhagens*, de saberes e comportamentos, que acontecem se forem evidenciados pontos de autoritarismo e de resistência, onde atuam os mecanismos reguladores, reformando, substituindo e criando novas padronagens e formando, assim, novos domínios de conhecimento e de ações na vida privada da família.

Arendt (2000, p.68) nos mostra que o termo *privado* pode ter seu significado relacionado à *privação*, quando analisado em relação à esfera pública, em que se concebe que o ser humano privado é aquele que *não se dá a conhecer*. Portanto, para o mundo público, é

*como se não existisse [...] sem importância ou consequência para outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros.* Arendt apresenta a sua concepção de privacidade como oposição ao público, contrapondo o que deve ser exibido com o que deve ser ocultado. Para ela, a maneira eficaz de garantir os espaços da intimidade contra a luz da publicidade é mantendo esse espaço como algo só nosso, à meia-luz.

A normalização da saúde das pessoas, através de ações coercitivas, poderá anular a sua identidade existencial no mundo público, bem como, num ato de violação de limites e fronteiras, passar a invadir o seu nicho privado, onde busca assegurar uma certa imunidade ao domínio do controle externo. A intervenção nesse espaço particular pode significar uma “ameaça” à existência das pessoas, pois é o lugar em que se resguardam contra as agressões do mundo e, enquanto excluídos dele, buscam a sua substituição no *calor do lar [...] na vida familiar* (ARENDT, 2000, p.68).

Rousseau, um dos primeiros teóricos que trouxe à tona as questões da intimidade, considerou perversa a intrusão da sociedade no espaço recôndito do ser humano, que é a *intimidade do coração*, uma forma subjetiva da existência humana que, contrariamente à intimidade da privacidade da moradia, não tem um lugar tangível na sociedade e no mundo (citado por ARENDT, 2000).

Num encontro assistencial da equipe PSF com a família, esses recônditos íntimos são remexidos, por vezes, legitimamente ou invadidos, desautorizadamente, em nome da saúde, por ordem da ciência e da norma. Na teia de relações que se estabelece nesses encontros, muitas vezes, violando limites e transpondo fronteiras entre o mundo social e a intimidade familiar, ocorrem interações em cadeia. A visão de Arendt permite explicar isso da seguinte maneira: as ações profissionais, sob a ordem de normas disciplinadoras, atuam sobre a família; esta, por sua vez, na sua capacidade de agir, não só como uma reação, mas com novos saberes e novas ações e com poder próprio, atinge e afeta outras pessoas constituindo-se, assim, as malhas ilimitadas das relações de poder.

Quando Gianotti (1992) reflete sobre a imbricação entre o ser e o dever ser – como um enunciado moral que determina como algo deve ser –, ele afirma que cada um reconhece a sua capacidade de participar de um certo sistema de normas e, nesse sentido, podem surgir no plano existencial situações limites e críticas, quando alguém é levado a cumprir compromissos sem identificar-se com eles. Nessa linha de pensamento, para o autor, existem vários sistemas éticos (no plano profissional, no plano familiar ou grupal), e cada uma dessas

éticas, por si, coloca os seus pontos particulares em evidência. Assim sendo, um determinado modo de agir pode entrar em conflito com normas diferentes. Isso, no âmbito da prática assistencial, passa a ser extremamente importante, no momento em que se pretende analisar como a ética da intimidade familiar vem a se relacionar com as outras éticas. Diz o autor:

*Os indivíduos encontram entre si um espaço para criar normas que valem na medida em que asseguram o respeito mútuo, enquanto cada um é posto como limite do mundo, como aquele ponto de fuga que resta do exercício de se transladar de um sistema normativo para outro.* (GIANOTTI, 1992, p.243-4).

A família é aqui compreendida como um sistema social no qual emergem, constantemente, novas estruturas e novas formas de comportamento, por ser constituída de uma rede de relações, configurada em diferentes níveis de intimidade. É um sistema dinâmico, portanto afastado do equilíbrio, com laços de realimentação interna e externa; constitui-se em *sujeito de si*, no fluxo das inter-relações de poder que ocorrem na dimensão sócio-cultural de seu viver.

A saúde da família é concebida como um processo dinâmico, que representa um estado saudável do conjunto de seus membros, como *uma margem de tolerância às infidelidades do meio*. A família é o principal agente de cuidados à saúde, com potencial para geri-los em seu mundo íntimo e, também, na esfera social. Para isso, ela tem o direito de acesso aos diferentes tipos de conhecimento e recursos, com a possibilidade de propor, contrapor, transpor, transformar ou criar normas para uma melhor saúde, como uma experiência existencial (CANGUILHEM, 1995, p.159; FOUCAULT, 1995).

Os membros de uma família unem-se por meio de elos biológicos, políticos, históricos e de afeto. Na dinâmica da vida familiar, novos membros passam a agregar-se por meio de vínculos afetivos e também pela própria reprodução biológica. Esses novos membros que se agregam trazem consigo os seus vínculos prévios, que podem facilitar ou dificultar os relacionamentos familiares. Assim, os membros de uma família sofrem, continuamente, a influência da história dos seus familiares; isso confere ao plano familiar uma grande dinamicidade (GOLDIM, 2002).

Assim, também no plano dos cuidados à saúde, a família se relaciona com outros sistemas, que se encontram no contexto público de seu viver. Entre esses sistemas está o sistema profissional de cuidados que abarca diferentes disciplinas ligadas às ciências da saúde. No percurso do seu desenvolvimento teórico, diferentes ancoragens paradigmáticas

direcionaram as suas práticas; entre as visões contemporâneas, algumas disciplinas, dentre as quais destaco a Enfermagem, que vem buscando uma aproximação com o paradigma unitário-transformativo. Nesta ótica, busca reconhecer-se o processo de auto-organização do ser humano, na sua unidade e pluralidade, em que o seu ambiente interno representa a realidade do todo, e os estágios de organização e de desorganização evoluem para uma organização mais complexa. O cuidado é compreendido como um processo unitário, de mutualidade e desvelamento criativo. O componente intersubjetivo é o alicerce básico das relações entre profissionais e clientes, bem como a postura descentralizadora, de abertura ao outro nas conexões interacionais, visando uma participação intersubjetiva da construção da realidade social e existencial do cliente (NEWMAN, 1995; PARSE, 1987).

## – Capítulo 3 –

# BASES METODOLÓGICAS

No presente capítulo eu descrevo o percurso metodológico do trabalho de pesquisa, incluindo o tipo de estudo, o método adotado e o contexto do ambiente da pesquisa. Procuro explicitar, pormenorizadamente, os passos percorridos no processo de coleta e análise dos dados, a sistemática de registro e os instrumentos utilizados.

### 3.1 A NATUREZA QUALITATIVA DO ESTUDO

Este estudo voltou-se a uma abordagem qualitativa pela própria natureza da sua temática central e, também, pelas próprias questões examinadas na investigação. O estudo qualitativo justificou-se, nesse caso, por tratar-se de um fenômeno situado em um contexto específico em que as experiências, crenças, percepções, significados e atitudes dos informantes são extremamente importantes. Trata-se de um contexto assistencial que foi submetido a uma projeção teórico-filosófica, na busca da compreensão de uma realidade humana vivida socialmente e, para o qual, o olhar qualitativo mostrou-se com um bom potencial de análise.

Através deste estudo procurei aproximar-me da realidade assistencial domiciliar, focalizando o encontro da família com a equipe PSF no âmbito da sua intimidade, buscando a sua apreensão além do visível, em meio a sua grande complexidade e seu permanente caráter de incompletude e transformação.

Procurando abdicar de uma visão monopolizada, no intuito de compreender o todo, voltei minha atenção aos espaços e correlações multilaterais e mutáveis que convergiam para as questões centrais do estudo. O olhar qualitativo permitiu-me essa visão, pois acredito,

como Minayo (1993), que para se compreender a natureza interna do conteúdo das experiências humanas, a primeira condição é a aproximação do seu contexto vivido.

O enfoque qualitativo destaca a *qualidade* dos fenômenos; em latim, *qualitas* quer dizer *essência*; compreende-se, assim, que a qualidade tem uma relação com a parte essencial dos fenômenos, com o seu ponto central. Por outro lado, a qualidade também tem uma relação direta com a *participação* das pessoas envolvidas e com os fenômenos que representam as conquistas históricas que expressam as realizações humanas relevantes. Na abordagem qualitativa, a *intensidade* conferida ao olhar que é lançado sobre a realidade em foco é um dos seus pontos fundamentais. Isso significa que o olhar do pesquisador é direcionado a um nível de aprofundamento progressivo sobre determinado foco (DEMO, 1998).

O pesquisador, no contexto de uma pesquisa qualitativa, é compreendido como um instrumento humano, que tem o seu conhecimento tácito incorporado ao processo de pesquisa. Em outras palavras, o conhecimento adquirido por meio da experiência é parte integrante da bagagem do pesquisador. Da mesma forma se acredita que as suas emoções, intuições e *insights* permitam associações que conduzam a novas idéias e entendimentos (CASTRO, 1994).

### 3.1.1 Perseguindo o rigor metodológico

O rigor de uma pesquisa qualitativa diz respeito à consistência dos dados obtidos e de seus resultados, bem como à sua aplicabilidade posterior. Para Polit e Hungler (1995, p.210), as estratégias para o alcance do rigor científico de uma pesquisa qualitativa podem ser pautadas sobre a *credibilidade*, *transferibilidade*, *segurança* e *confirmabilidade*. Persegui esses critérios em todos os passos deste estudo, no sentido de conferir-lhe o rigor científico necessário.

A *credibilidade* diz respeito à confiança na verdade dos dados, no cuidado que o pesquisador dispensa às informações, na autenticidade de suas relações com o universo em estudo e no tempo necessário da sua permanência em campo para apreender, com bom nível de profundidade, as situações em questão. A credibilidade de um estudo transparece quando as descrições e, especialmente, quando as interpretações dos dados são reconhecidas pelas pessoas que os vivenciaram (SANDELOWSKI, 1986).

Na linha de pensamento da autora, a *transferibilidade* se relaciona à possibilidade dos dados serem aplicados a outros contextos, similares, em estudos posteriores, guardadas as suas especificidades mais particulares.

A *segurança* de um estudo qualitativo, como acredita Sandelowski (1986), pode ser obtida na estabilização dos dados no tempo e, mediante determinadas condições, na evidência da obtenção das informações necessárias sobre a realidade em estudo.

No parecer da autora, a *confirmabilidade* se refere à mútua concordância entre pesquisador e informante sobre a relevância dos significados, o que é obtido através da validação constante das interpretações junto aos informantes.

### 3.1. 2 Perseguindo o sentido ético

Compreendo que as questões éticas devem perpassar todas as etapas de um estudo - incluindo as primeiras decisões sobre a temática central, a delimitação dos problemas, os propósitos do trabalho, o percurso teórico-metodológico - desde o planejamento e implementação das ações até o tratamento e o uso dos dados. O sentido ético deve manifestar-se, especialmente, nas relações interpessoais com os informantes em campo.

Quero crer que a busca e a organização do conhecimento para um melhor viver das pessoas, dos grupos e da comunidade, é, sem dúvida, um compromisso ético. A articulação do respeito pela dignidade das pessoas com a busca e construção de uma vida digna de ser vivida configura-se na estética da existência (CAPONI, 1995).

Os direitos, constantes na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia se fizeram presentes em todos os momentos deste trabalho. Da mesma maneira, os princípios do Código de Ética Profissional da Enfermagem nortearam, a todo momento, os passos deste estudo.

A instituição, onde foi desenvolvido este estudo, manifestou a sua concordância com os seus propósitos e estratégias; isto foi formalizado em um termo de consentimento informado, com a garantia de que o seu nome não seja revelado em qualquer documentação relacionada ao estudo, incluindo o relatório final. O modelo deste documento é apresentado no apêndice A.

Foi assegurada, aos participantes, a garantia da privacidade pessoal, mantendo, absolutamente, o caráter confidencial das suas informações. Firmei e formalizei esse acordo com os informantes, através de um termo de consentimento informado, cujos modelos constam nos apêndices B e C, relativos à equipe PSF e às famílias, respectivamente.

Todos os informantes e participantes deste estudo, incluindo-se os integrantes da equipe PSF, também, as famílias envolvidas nas situações assistenciais observadas, foram

esclarecidos devidamente nos primeiros contatos que estabeleci com estes em campo. Nesta oportunidade, detalhei os propósitos e contribuições deste trabalho, assegurei-lhes que a utilização dos dados viria a atender, exclusivamente, aos propósitos da pesquisa, e esclareci o meu papel de pesquisadora, na qualidade de observadora-participante no ambiente da pesquisa.

Procurei respeitar, absolutamente, os direitos dos informantes de participar livremente deste estudo, e também de interromper a sua participação em qualquer momento deste trabalho.

Os depoimentos dos participantes foram registrados no diário de campo e constam neste trabalho sob a forma de códigos numéricos e letras, salvaguardando o seu anonimato. Os recursos de gravação em fitas de áudio foram utilizados nas entrevistas, sob condição expressa do consentimento dos informantes.

Ao longo de todo o trabalho de pesquisa, procurei esclarecer as dúvidas dos informantes com relação aos objetivos, estratégias e usos deste trabalho. Ao final, os resultados deste estudo foram apresentados aos membros da equipe PSF participante e, também, à Direção das Ações de Saúde da Instituição envolvida.

### 3.2 SOB AS PERSPECTIVAS DA GENEALOGIA

Na perspectiva qualitativa, esta pesquisa buscou a orientação de determinados princípios próprios dos estudos genealógicos. Tendo como uma das suas principais características assinalar as singularidades dos fatos e não se prender estritamente em essências fixas, procurei identificar as discontinuidades, exatamente ali onde os desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Procurei focalizar os acontecimentos na sua superfície, os mínimos detalhes, as pequenas mudanças, os seus contornos sutis.

Para Rabinow e Dreyfus (1995), em um estudo genealógico, o intérprete deve olhar as coisas a uma certa distância; aqueles aspectos, comumente considerados mais profundos e complexos, são para este os mais superficiais, ainda que mantenham a sua importância. Isso quer dizer que os seus significados devem ser buscados nas práticas superficiais e não em profundidades obscuras. Com base no pensamento de Foucault, os autores afirmam: [...] *observado da correta distância e com o olhar certo, há uma profunda visibilidade das coisas.* O princípio fundamental da genealogia é: [...] *a oposição à profundidade, à finalidade, à interioridade.* (RABINOW, DREYFUS, 1995, p.119).



Segundo esses autores, a interpretação não é o desvelamento de um significado escondido; [...] *não há nada de absolutamente primeiro a interpretar, pois no fundo tudo é já interpretação*. (p.119). Nesse sentido, a tarefa do genealogista é contestar as verdades imutáveis, as significações ideais, as intencionalidades explícitas. É preciso focalizar o jogo das vontades nas estratégias de dominação e resistência encenadas nas manobras, táticas e técnicas em meio a uma rede de relações de força, sempre tensas, que se dão nos acontecimentos particulares e nos movimentos históricos. Na análise desse espaço relacional, é importante centralizar a atenção nas evidências dos rituais de poder, procurando identificar onde se localizam e a maneira como funciona o poder, o que faz e como faz (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Portocarrero (1998) esclarece que as análises genealógicas relacionam os saberes com as estratégias dos mecanismos político-econômico-sociais, por meio de aspectos específicos da conjunção entre saber e poder. No lugar de se focalizar o poder no sentido de sua *catalização* nas esferas do Estado e nas ideologias vigentes, esse tipo de análise é voltada à identificação das *formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e seus mecanismos estratégicos*. Isso significa analisar como os *micro-poderes*, dotados de tecnologias e de histórias próprias, se relacionam à ação do Estado. A análise também se volta aos múltiplos mecanismos locais de poder, circunscritos a pequenas áreas de ação, eficazes no sentido de construir indivíduos e populações saudáveis e normais [...] *através das tecnologias de normalização e de sujeição à força da disciplina*, num processo de docilização e utilitarismo das pessoas. No processo de articulação do espaço administrativo-político com o espaço terapêutico, transparece a ação disciplinar dos profissionais da saúde através da individualização dos corpos, das doenças e dos sintomas, da vida e da morte. Isso é, especialmente, visível na vigilância hierárquica dos “hábitos de saúde” da família, na monitoração dos registros das intercorrências e dos encaminhamentos realizados nos exames, nas qualificações e classificações diagnósticas dos seus níveis e necessidades de saúde (PORTOCARRERO, 1998, p. 215-19).

Foucault (1998, p.180) sugere que um estudo genealógico seja balizado por alguns princípios gerais, como ele mesmo denomina, por determinadas *precauções metodológicas* que nortearão a análise das relações de poder, uma vez que as questões relacionadas aos mecanismos, efeitos e regras do poder e dos discursos da *verdade* - constituintes dessas relações - se encontram em um campo muito amplo e geral de análise.

A primeira precaução metodológica trata de captar o poder nas suas instâncias capilares, nas suas últimas ramificações, nas extremidades. O poder deve ser observado nos limites regionais e locais das instituições, ou seja, nas atividades práticas dos programas de saúde, no ponto em que o poder ultrapassa as regras através das quais as relações são organizadas, delimitadas e hierarquizadas. É justamente onde ele se prolonga, corporifica-se em técnicas e instrumentos de intervenção e penetra na esfera social mais privada que deve ser observado o seu mecanismo de ação.

A segunda precaução metodológica recomenda que não se analise o poder no plano decisório, ou seja, a partir da sua face interna, mas sim lá onde ele se relaciona direta e imediatamente com a prática, com a ação, em seu lado externo. A intenção pode ser estudada no momento em que ela se reveste ou se traduz em práticas reais e efetivas; onde o poder se relaciona com seu alvo, ou seu campo de aplicação; lá onde o poder se implanta e produz os efeitos reais na vida das pessoas. Foucault sugere que se evite certo tipo de questões como: [...] *quem tem o poder?* [...] *o que pretende o indivíduo com determinado comportamento?* [...] *o que procura aquele que tem o poder?* Isso quer dizer que o ponto-chave não está em identificar por que alguns querem dominar, por que o soberano aparece no topo, o que eles procuram e quais são as suas estratégias globais de poder, mas sim como constituem e funcionam as relações e os fatos no processo de sujeição. O desafio consiste em procurar saber como foram construídos, progressivamente, pouco a pouco e na prática, os súditos. Isso significa que é importante *captar a instância material da sujeição enquanto constituição dos sujeitos* [...]. (FOUCAULT, 1998, p.183).

A terceira precaução metodológica sugere que não se analise o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras, mas sim como algo circulante, que funciona em rede, em cadeia. O poder nunca está localizado em um determinado lugar especificamente, ou sob a propriedade de alguns, como um bem ou uma riqueza. Não deve ser compreendido como algo que está dividido entre alguns que possuem e detêm com exclusividade o poder, e outros que não o possuem e são submissos. Nas malhas sociais em que o poder circula, os indivíduos estão sempre em posição de exercer o poder, como centros de transmissão, ou seja, o poder não se aplica, mas passa pelos indivíduos permeando as relações sociais. Na prática - os gestos, discursos e desejos que constituem o próprio indivíduo -, são manifestações dos primeiros efeitos do poder. Portanto, pode-se compreender que a constituição do indivíduo é um dos primeiros efeitos do poder e, além de efeito, o indivíduo é também o seu centro de

transmissão; o que leva à afirmação de que [...] *o poder passa através do indivíduo que o constituiu*. (FOUCAULT, 1998, p.183-184)

A quarta precaução metodológica trata da importância de se fazer uma análise ascendente do poder, ou seja, diferentemente de uma análise dedutiva - que nos diria de onde se deduz o poder - deve-se partir:

[...] *dos seus mecanismos infinitesimais que têm uma história, um caminho, técnicas e táticas e depois examinar como estes mecanismos de poder foram e ainda são investidos, colonizados, utilizados, subjugados, transformados, deslocados, desdobrados, etc., por mecanismos cada vez mais gerais e por formas de dominação global*. (FOUCAULT, 1998, p.184).

A quinta precaução metodológica alerta para o fato de que nas bases das relações de poder estão imbricados os instrumentos de formação e acumulação de saber, tais como: métodos de observação, técnicas de registro, de inquérito, de pesquisa. Para exercer-se nesses mecanismos, o poder necessita da organização e circulação de um saber, que não é uma construção ideológica propriamente dita.

### 3. 3 O MÉTODO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante é considerada por Minayo (1993, p.135) como essencial no trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa. É definida por essa autora como: *Um processo pelo qual mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica*. Essa técnica caracteriza-se na relação face-a-face entre observador e observados, e os dados são colhidos no contexto cultural e profissional vivenciado pelos informantes. Para Minayo (1993), as controvérsias se encontram justamente na própria prática da observação, ou seja, relacionadas com *o que* e *como* observar. A atitude do observador é determinante para o sucesso do trabalho em campo. Este deve manter-se imerso na realidade observada e, concomitantemente, dominar o instrumental teórico. O respeito, a empatia e a aproximação com o grupo pesquisado, colocando-se sob o ponto de vista do outro, são atitudes fundamentais para a interação do pesquisador com os observados e com o contexto a ser estudado.

De acordo com Minayo (1993), há diferentes níveis de inserção e participação do pesquisador na realidade observada: *Participante-Total*, *Participante como Observador* e *Observador-como-Participante*; esta última modalidade foi adotada para esta pesquisa.

A classificação apresentada por Spradley (1980) especifica ainda mais os níveis de

participação do pesquisador no ambiente da pesquisa<sup>1</sup>: *completa, ativa, moderada, passiva, não participante*. O meu nível de participação no ambiente da pesquisa, segundo essa classificação, situou-se no nível moderado.

Seguindo a recomendação de Minayo (1993), procurei desenvolver uma observação aprofundada, de um modo sistemático. Isso direcionou o foco, seletivamente, para alguns aspectos da realidade, segundo as indicações teóricas do estudo.

Ainda conforme sugestão de Minayo (1993), apesar de estabelecer um relacionamento empático com os informantes ao longo de toda a convivência em campo, empenhei-me em caracterizar essa relação como algo conscientemente temporário, com o intuito de minimizar os problemas relacionados ao envolvimento que pode ocorrer entre observador e observados, colocando em risco a “objetividade” das relações.

Nesse tipo de observação é fundamental que o pesquisador tenha familiaridade com seu papel, a fim de conseguir observar, detalhadamente, as atividades que ocorrem no ambiente da pesquisa. Essa familiaridade facilita a observação daqueles aspectos que possam estar bloqueados na situação social em questão. A partir do que diz Spradley (1980) o pesquisador é um instrumento de pesquisa, o que lhe requer um preparo pessoal, no sentido de desenvolver a introspecção e a abertura para a compreensão de novas situações sociais e culturais. A observação deve estar voltada especialmente à percepção, ao conhecimento, ao ponto de vista e à própria descrição dos informantes a respeito de determinada situação social, enquanto sujeitos de sua realidade. Isso é muito bem caracterizado por Minayo (1993, p.140) como um “*modelo de autor*” *construído pelo pesquisador*.

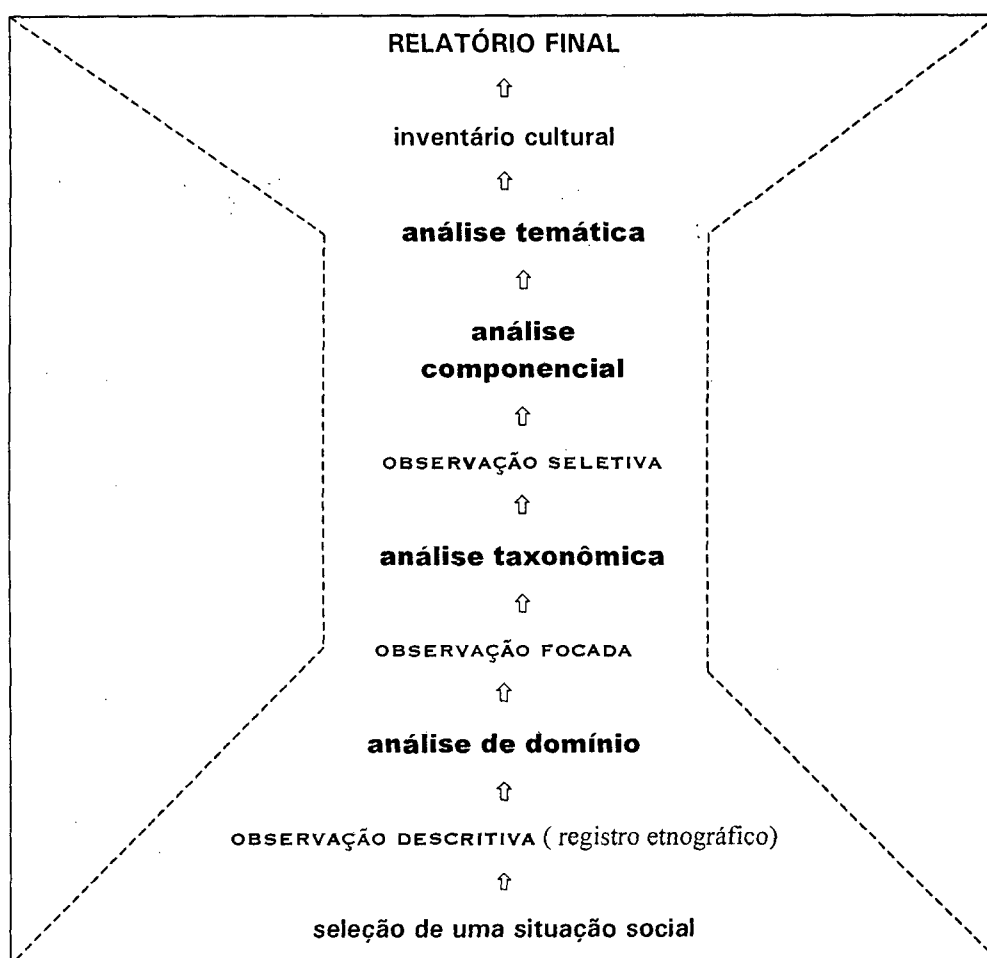
Spradley (1980) sugere uma organização composta por uma série de passos subseqüentes para desenvolver o trabalho de observação participante, quais sejam: seleção de uma situação social, realização de uma observação generalizada ou não direcionada, registro etnográfico, observação descritiva, análise de domínio, observações focadas, análise taxonômica, observação seletiva, análise componencial, identificação de temas culturais, inventário cultural e redação do relatório final, como mostra o diagrama abaixo. Nessa trajetória metodológica, parte-se de uma ampla perspectiva de observação em que são

---

<sup>1</sup> **Participação completa** – o pesquisador observa a realidade na vivência das suas atividades cotidianas; **participação ativa** – o pesquisador passa a participar das atividades rotineiras e cotidianas das pessoas, e nesse contexto realiza as observações; **participação moderada** – o pesquisador mantém um equilíbrio entre o lado interior e exterior da situação observada; **participação passiva** – o pesquisador se faz presente na situação observada sem interagir com as pessoas neste contexto, limitando-se a observar, e registra o que acontece; **não participante** – quando a situação observada não permite a presença do pesquisador, mas possibilita a observação (SPRADLEY, 1980).

identificados os padrões mais gerais da realidade em questão, e caminha-se, gradativamente, em direção a um foco específico que, por sua vez, sofre um progressivo grau de aprofundamento. Ao chegar-se à análise temática, abre-se o ângulo do olhar do pesquisador sobre a perspectiva temática do estudo, com uma descrição global do cenário estudado, contidos os elementos que constituíram o conteúdo das análises preliminares. Neste modelo, o trabalho de observação se dá de maneira intercalada com o processo de análise, com progressivo grau de aprofundamento. Spradley (1980) recomenda uma descrição densa daquilo que foi observado, o que possibilitará profundidade e substância ao estudo.

**Diagrama 1:** Foco na pesquisa etnográfica, segundo Spradley (1980, p.103).



### 3. 4 O CONTEXTO DO TRABALHO DE CAMPO

#### 3.4.1 O local e os participantes

O trabalho de campo deste estudo foi desenvolvido em uma comunidade integrada à Rede de Atenção Básica de um município do Estado de Santa Catarina, cuja Unidade de Saúde está desenvolvendo o Programa/Estratégia Saúde da Família.

O município acima referido está localizado em uma região litorânea do Estado de Santa Catarina, contando com 342.0000 habitantes e ao longo de uma área de 436,5 quilômetros quadrados, cujas principais atividades econômicas situam-se no comércio e no turismo.

Na área da saúde esse município administra 31 Unidades de Saúde, onde se encontra implantando o PSF e, também, o PACS.

A comunidade em foco está situada a uma distância aproximada de 20 km em relação ao centro da cidade, onde se estabelecem os recursos de saúde de maior complexidade assistencial, como clínicas de radiodiagnósticos, laboratórios, hospitais gerais e especializados. Como recurso local de saúde, essa comunidade conta com uma Unidade de Saúde descrita a seguir: uma farmácia e uma pequena clínica odontológica privada. É um local de beleza natural exuberante, com fortes traços de uma colonização açoriana. É um ponto turístico importante no contexto do município, o que faz com que haja um grande fluxo de turistas ao local no período de verão, elevando, razoavelmente, o seu número de moradores nesta época do ano. Trata-se, também, de uma comunidade que, em suas raízes, está ligada a atividades de pesca, mantidas até os dias de hoje por algumas famílias nativas.

A esta Unidade de Saúde compete assistir duas grandes e distintas áreas: uma delas referida como área 250 e a outra designada como área 251. Essas duas áreas são compostas por, aproximadamente, 2500 famílias; sendo que destas, aproximadamente 900 famílias se encontram na área 251 e 1400 na área 250. Administrativamente, uma destas áreas está vinculada ao PACS e a outra ao PSF. Na prática, tanto a equipe PSF como os ACS's, ligados ao PACS atendem, indiscriminadamente, às duas áreas. A área 251 é subdividida em 6 micro-áreas, tendo cada ACS uma delas sob a sua responsabilidade; portanto, nessa área atuam 6 ACS's. A área 250 é subdividida em 10 micro-áreas; nesta, atuam 10 ACS's, um em cada uma delas.

A demanda do CS provém dessas duas grandes áreas, mas também atende pessoas provenientes de outras duas comunidades próximas.

A Unidade Básica ou Centro de Saúde, em sua área física, dispõe de: uma sala de espera com recepção aos clientes; dois consultórios; uma sala para marcação de consultas por telefone, contendo os arquivos de prontuários; uma sala de curativos; uma sala de vacinas; uma sala para atendimento odontológico; uma copa; um banheiro para funcionários; um banheiro para clientes. Todas as salas são devidamente equipadas.

No seu trabalho assistencial, junto à demanda local, essa Unidade de Saúde oferece uma gama de serviços à sua clientela, quer sejam: consultas médicas nas áreas de pediatria, obstetrícia, ginecologia e clínica geral; consulta de enfermagem a mulheres gestantes para acompanhamento do pré-natal e a mulheres na prevenção do câncer de colo de útero; consultas odontológicas; vacinação - dando a cobertura a todo o esquema de imunizações da rede pública; curativos, injeções, verificação de sinais vitais e testes glicêmicos; grupos educativos de diabéticos, hipertensos, gestantes e de fitoterapia. A equipe PSF presta assistência ambulatorial na própria Unidade Básica de Saúde e, também, nos domicílios das famílias. O horário de funcionamento do serviço se estende das 7:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira.

Os sujeitos deste estudo foram os integrantes da equipe PSF, que desenvolve o Programa/Estratégia Saúde da Família na Unidade de Saúde acima descrita, e determinadas famílias residentes nessa comunidade integradas a esse programa/estratégia assistencial.

A equipe PSF que integrou este estudo era composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

As características da comunidade, da equipe PSF e do próprio serviço, serão descritas com maiores detalhes no capítulo 5, quando apresentarei a caracterização sócio-cultural das famílias, e no capítulo 6, ao referir-me aos integrantes da equipe PSF e seu contexto de trabalho, especificamente.

#### *3.4.1.1 Os critérios para seleção dos participantes*

A equipe PSF, que incluiu este estudo, foi selecionada através dos seguintes critérios:

- todos os profissionais integrantes da equipe deveriam desejar participar deste estudo, após haverem tido conhecimento sobre os seus objetivos, metodologia e possíveis contribuições;
- a equipe já deveria haver participado da capacitação introdutória do PSF;
- os integrantes dessa equipe estariam, efetivamente, prestando assistência domiciliar às famílias na comunidade;
- a composição da equipe deveria contar com todos os integrantes previstos pelo PSF;
- o PSF deveria estar sendo desenvolvido na comunidade há, no mínimo, seis meses.

Houve, também, a necessidade de delimitar uma área de abrangência a ser trabalhada na comunidade, uma vez que não seria possível trabalhar com toda a equipe que assiste às

duas áreas, ou seja, a equipe PSF com dezesseis ACS's. Optei, então, por incluir a área 251 no estudo, com a participação de seis ACS's dessa área, e os demais integrantes: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem. A minha opção ocorreu em virtude das características que as famílias dessa área apresentavam; elas são, na grande maioria, “nativas” da localidade, unidas por fortes laços sociais e traços culturais marcantes. Isso se mostrou favorável à temática central do estudo, bem como aos seus propósitos e características.

### 3. 4.3 A trajetória metodológica

#### 3.4.3.1 *O sistema de registro dos dados*

O diário de campo foi utilizado para registrar os dados observados. Nesse diário foram registrados os acontecimentos observados nas situações sociais e, mais especificamente, nas situações assistenciais que ocorriam com a participação de membros da equipe e membros da família no espaço domiciliar. O modelo de sistemática de registros encontra-se apresentado no apêndice D.

As entrevistas, sob a condição expressa de consentimento dos informantes, foram gravadas em fitas de áudio, e transcritas integralmente o mais breve possível após os encontros.

O diário de campo guardou registros daquilo que foi visto e ouvido, respostas para determinadas perguntas e atitudes ou práticas sob a sigla de **notas condensadas e notas ampliadas**, conforme sugere Spradley (1979). As notas condensadas se referiam a todas as anotações feitas durante as entrevistas e observações. Esses registros incluíram frases, palavras soltas, frases sem interconexões. Seguindo às orientações do autor, mesmo utilizando o recurso da gravação das entrevistas, eu procurava fazer sempre um registro condensado daquilo que passava, ou seja, do que foi dito com maior ênfase ou emoção, e também a descrição dos aspectos ligados ao contexto em que se deu o encontro. As notas ampliadas representaram uma expansão da versão condensada. Tão logo possível, após o encontro com os informantes em campo, procurei detalhar a descrição minuciosamente a partir das frases e palavras registradas nas notas condensadas. Foram registrados também, nesse diário, as impressões, os sentimentos e as percepções da pesquisadora, configuradas como **notas da pesquisadora**. Os “insights” e inferências teórico-metodológicas constituíram as **notas teóricas**.



Como já referi anteriormente, utilizei códigos numéricos e letras para identificar as falas e as atitudes com as respectivas pessoas, preservando o anonimato destas no sistema de registro.

Cada uma das situações observadas continha a indicação de data, hora, local e aspectos gerais do contexto ambiental.

Emerson, Fretz e Shaw (1995) alertam para o fato de que, em uma situação de observação participante em que é esperada uma descrição densa e profunda da situação social observada, o pesquisador deve decidir por anotar o que está se passando, concomitantemente à sua participação naquela situação, ou então focalizar, com maior profundidade, determinada questão, observando-a somente e passando a registrá-la imediatamente após a observação. Essa última modalidade pode ser extremamente válida para observações de situações sociais que envolvam práticas ou atitudes mais do que diálogos, em que uma observação minuciosa do ambiente é requerida. Esses autores nos falam da importância de uma descrição detalhada da cena social observada, e sugerem que se detalhe minuciosamente aquilo que está sendo observado, para que os registros recomponham, o mais fielmente possível, a imagem visual da cena observada.

Nos registros foram seguidos os princípios da *identificação da linguagem*, do *verbatim* e *princípio concreto*, recomendados por Spradley (1980, p.65). O princípio da linguagem requer que se refira de quem é a linguagem que está registrando. O princípio do verbatim recomenda que sejam utilizadas, nos registros, as palavras exatas do informante. O princípio concreto sugere que as observações sejam documentadas sem a interpretação da pesquisadora.

#### 3.4.3.2 Os instrumentos utilizados

No trabalho de observação direta, utilizei um roteiro guia que apontava aspectos gerais que deveriam merecer a minha atenção no cenário assistencial apresentado, na íntegra, no apêndice E. Esses aspectos estavam ligados à organização geral do contexto assistencial e da própria moradia em si; à forma de inserção da equipe PSF e da família na situação assistencial; às manifestações verbais e não verbais de familiaridade; ao constrangimento ou resistência da equipe ou da família diante da exposição de certos aspectos ou assuntos pessoais familiares; ao plano de negociações dos cuidados de saúde a partir de diferentes saberes; aos fatores favoráveis e desfavoráveis às interações pessoais; aos papéis que os diferentes membros da família ou outras pessoas das suas relações assumem em uma situação assistencial no domicílio.

Esse roteiro auxiliou-me, sobremaneira, durante os meus primeiros contatos com as famílias e com a equipe PSF nas situações assistenciais nos domicílios. À medida que foi necessário aprofundar o olhar sobre certos aspectos dessa realidade, determinadas questões sofreram um refinamento nas observações, incorporando novos aspectos e sugerindo o retraimento de outros.

Enquanto o trabalho em campo avançava e exigia um olhar mais direcionado para a realidade em pauta, lancei mão do recurso das entrevistas semi-estruturadas no sentido de enfocar, com maior profundidade, aquelas questões que se mostravam relevantes para o estudo nas etapas anteriores. Minayo (1993) reforça a importância da utilização deste tipo de recurso nessa fase do trabalho de campo, referindo que as entrevistas semi-estruturadas são úteis para envolver, de maneira mais abrangente, as questões que se apresentam no campo de observação e que dizem respeito, diretamente, ao foco da investigação.

As entrevistas foram realizadas com todos os integrantes da equipe PSF e também com membros de determinadas famílias. As questões norteadoras que direcionaram essas entrevistas encontram-se descritas no decorrer do próximo sub-capítulo, momento em que descrevo o meu trabalho de coleta e análise dos dados, na trajetória metodológica da pesquisa.

Esses instrumentos foram, sem dúvida, importantes no sentido de nortear as minhas observações e os diálogos que ocorreram em campo. Todavia, a flexibilização dos roteiros e guias mostrou-se fundamental para oportunizar a ampliação ou delimitação do olhar sobre certos fatos e diálogos, que nas próprias situações e contextos revelavam-se importantes para a temática do estudo. Com isso, quero dizer que a rigidez de um roteiro, em uma pesquisa dessa natureza, poderá se antepor como um bloqueio aos aspectos que emergem e fluem na própria vivência do processo de observação. Comprovei a validade da ancoragem das observações àquelas questões norteadoras que foram emergindo ao longo do meu trabalho em campo; no entanto, percebi o valor da sensibilidade e da abertura do olhar para a superfície dos fatos, e para a sutileza dos detalhes, das tonalidades e dos artifícios que continham, em si, pistas importantes para a busca de um outro ângulo de observação.

#### *3.4.3.3 As etapas de observação e de análise dos dados*

Adaptado ao modelo proposto por Spradley (1980), o trabalho de observação desenvolveu-se em três níveis, quais sejam: **observações descritivas, focadas e seletivas**. O trabalho de observação ocorreu de modo intercalado com o processo de análise na seguinte ordem: **análise de domínios, análise taxonômica, análise componencial e análise temática**.

Esse processo sofreu um progressivo refinamento e aprofundamento do olhar sobre a situação assistencial no trabalho da equipe PSF junto às famílias. Em todas as etapas, a análise dos dados ocorreu simultaneamente à observação, como mostra o diagrama 2.

## Diagrama 2 – Trajetória metodológica de coleta e análise dos dados

OBSERVAÇÕES  
DESCRITIVAS

Observação do contexto assistencial no CS e na comunidade -junto aos grupos educativos; identificação dos recursos sociais e de saúde e de traços da cultura local. – Realização de um **grand-tour no cenário estudo**;

↓ ⇨ registro etnográfico;

observação da situação assistencial no domicílio das famílias, através do acompanhamento dos membros da equipe em seu trabalho junto às famílias nos domicílios – realizadas **observações descritivas**;

↓ ⇨ registro etnográfico;

OBSERVAÇÕES  
FOCADAS

análise dos principais domínios emergentes na primeira etapa de observação – **análise de domínios**;

↓ ⇨ a partir da análise acima foram formuladas as questões norteadoras que guiaram as observações na etapa seguinte;

observados determinados aspectos relacionados aos domínios emergentes nas etapas anteriores- que apresentaram relevância em relação à temática do estudo e, por isso, necessitavam ser submetidos à **observações focadas**. Para isto acompanhei o trabalho do membros da equipe PSF junto a determinadas famílias nos domicílios;

↓ ⇨ registro sob forma de **notas condensadas, ampliadas** posteriormente;

OBSERVAÇÕES SELETIVAS

refinamento da análise de domínios iniciada nas etapas anteriores, buscando identificar, com maior definição, os domínios gerais e seus termos cobertos e Termos incluídos;

↓ ⇨ a análise acima subsidiou a formulação das questões norteadoras para as entrevistas com os membros da equipe PSF, procurando clarear, ampliar e aprofundar os significados contidos nos domínios identificados anteriormente;

↓ ⇨ entrevistas com os membros da equipe PSF;

análise dos dados obtidos nas entrevistas com a equipe – organizando-os em subcategorias, agregadas aos domínios gerais identificados anteriormente; estabelecimento de relações semânticas entre os termos incluídos nas subcategorias, organizando-as em grupos com relacionamentos semânticos entre si – realização da **análise taxonômica**;

↓ ⇨ a análise acima subsidiou a formulação das questões norteadoras para as entrevistas com as famílias, procurando ampliar e aprofundar os significados contidos nos domínios identificados anteriormente –no ponto de vista das famílias;

↓ ⇨ entrevistas com as famílias seleccionadas

⇩

organização dos dados obtidos nas entrevistas com as famílias em subcategorias, incluindo-os nos domínios centrais identificados anteriormente, de modo que se tornasse possível confrontá-los com os dados obtidos nas entrevistas com os membros da equipe PSF;

⇩

re-visitados todos os dados obtidos e analisados ao longo de toda a trajetória metodológica em campo, buscando identificar as junções e disjunções dos elementos aos grandes domínios e à temática central do estudo. Busque identificar os contrastes e as similaridades dos elementos contidos nas sub-categorias, entre si, destacando aqueles aspectos que perpassaram a maior parte dos elementos, evidenciando-se nos grande domínios - através da **análise componencial**;

⇩

extraídos os princípios recorrentes nos elementos contidos nos domínios gerais – que revelaram uma significativa relevância em relação à temática central do estudo, mais especificamente, em relação às questões da pesquisa e que constituíram nos temas universais – através desta **análise temática**.

Como foi apresentado nesse diagrama, os dados oriundos da **observação descritiva**, em que procurei reconhecer a situação e o contexto sócio-cultural do estudo, foram submetidos à **análise de domínios**, ou seja, procurei identificar os grandes domínios de significados que se manifestaram nessa primeira etapa, sem poder visualizar, ainda, claramente, as interconexões possíveis. A partir dessa revelação inicial, emergiram as questões norteadoras que direcionaram o foco da etapa seguinte, mostrando-me quais eram os aspectos que eu deveria manter sob a perspectiva de uma **observação focada**, voltando o olhar para a situação assistencial domiciliar propriamente dita. Em seguida, os dados observados nessa fase foram analisados de forma a identificar o **componente taxonômico** na organização das categorias. Nesse sentido, procurei estabelecer as relações semânticas entre os domínios identificados durante a primeira etapa desse processo, situando as particularidades mais específicas no âmbito desses grandes domínios. Essa organização foi possível extraíndo, dos registros, os **termos cobertos** que representavam os significados maiores e, também, aqueles que se encontravam aderidos a estes, ou seja, **os termos incluídos** nessas categorias maiores. Para isso, foi necessário um exame minucioso das similaridades e das diferenças que essas particularidades apresentavam entre si e, também, em relação aos aspectos que as conectavam a essas categorias maiores. Visualizando, então, com maior definição os significados daqueles domínios que emergiram no início do trabalho, pude identificar algumas de suas inter-relações e conjunções na perspectiva da temática do estudo. Transitando por entre um nível de complexidade e aprofundamento cada vez maior, cheguei a questões norteadoras que exigiam um **olhar seletivo** sobre alguns aspectos que estavam se revelando cada vez mais importantes no decorrer desse processo. Para isto, recorri à técnica de **entrevistas semi-estruturadas** com a equipe PSF e, também, com determinadas famílias. Emergiu, nessa fase do trabalho, um grande volume de dados com revelações importantes, que confirmavam ou refutavam as minhas percepções anteriores. As conjunções, interconexões, e também as disjunções, se manifestavam cada vez com maior clareza, em função do exame detalhado de seus contrastes. Assim, aparando as arestas, surgiam, progressivamente, as dimensões do conhecimento no cenário assistencial ancoradas na temática do estudo, através da **análise componencial**. Esse nível de análise incluiu uma revisão de todo o processo, num inventário minucioso das similaridades e dos contrastes naqueles dados identificados ao longo de todo o trabalho de análise. Nesse momento, procurei deter a minha atenção sobre todos os componentes identificados nas diferentes etapas, buscando compreender como cada uma das partes se relacionava às categorias maiores no decorrer de todo o processo. Em seus movimentos de conjunção ou disjunção entre as partes e o todo, e especialmente com as questões centrais do

estudo, determinados temas revelaram-se com maior força e expressão. Isso tornou possível destacar certos domínios para uma análise mais minuciosa. Tomando, individualmente, cada um desses domínios selecionados, procurei visualizar os seus termos incluídos, identificando as similaridades e os contrastes que apresentavam entre si – passando a conformar, assim, as dimensões de contrastes. Para melhor visualizar as continuidades e descontinuidades contidas nestas dimensões, passei a analisá-las na forma de diagramas. Esse olhar retrospectivo sobre o processo permitiu colocá-lo sob uma perspectiva mais global e, ao mesmo tempo, sintetizá-lo. Isso também tornou possível a revalidação dos achados, apontando para possíveis necessidades de voltar a campo, a fim de complementar ou clarear determinadas informações. Essa visão mais conjunta da realidade estudada, sob o foco da investigação, possibilitou a identificação dos principais padrões recorrentes através da identificação das interconexões presentes entre as subcategorias contidas nos domínios maiores, observando-se um grau de generalidade nos seus elementos constituintes. Assim, foi possível chegar aos **temas universais** que foram submetidos a um processo de abstração, vindo a gerar as formulações teóricas do estudo.

Passarei a descrever, com maiores detalhes e ilustrações, a minha trajetória em cada uma dessas etapas.

As duas primeiras etapas da observação, quais sejam, a observação descritiva e a focada, foram realizadas em um período de oito meses, correspondendo ao período de julho de 2001 a abril de 2002. Posteriormente, o momento de observação seletiva, no qual realizei as entrevistas com os integrantes da equipe PSF e membros de determinadas famílias, se estendeu de abril a agosto de 2002, computados quatro meses de trabalho. A minha permanência efetiva junto a essa comunidade e, mais particularmente, junto ao trabalho da equipe PSF, totalizou um período de treze meses, contando com algumas interrupções que corresponderam ao tempo que eu reservava ao recolhimento necessário, a fim de proceder a análise dos dados que colherei em campo.

A primeira etapa – caracterizada por uma **observação descritiva** – constituiu-se de um olhar generalizado ou não direcionado sobre a situação social mais ampla, onde se encontra inserido o serviço de saúde. A observação voltou-se, nesse momento, para a comunidade de modo geral e, também, para inserção do serviço e da própria equipe PSF nesse ambiente comunitário. Era necessário, inicialmente, que eu reconhecesse o contexto sócio-econômico-cultural local e, por outro lado, foi preciso apresentar-me à comunidade e também apresentar as finalidades da minha presença entre aquelas pessoas.

Essa primeira etapa teve como passo inicial a minha *entrada no campo*. Os meus primeiros contatos com a Instituição foram junto à Direção das Ações de Saúde, tendo a finalidade de apresentar e discutir a viabilidade do meu projeto de estudo. Diante do parecer favorável dessa direção, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética desta Instituição. Concomitantemente, o projeto foi encaminhado para análise da Comissão de Ética da UFSC.

A seleção da Unidade de Saúde que integrou este estudo deu-se a partir dos critérios que eu havia estabelecido e com o auxílio das sugestões emitidas pela Direção das Ações de Saúde. Realizei um contato com a equipe selecionada, apresentando os propósitos e a metodologia do estudo. Constatei, nessa oportunidade, que havia abertura e um significativo nível de interesse dessas pessoas frente à proposta do trabalho.

Fui me aproximando, cautelosamente, da realidade que desejava observar; passo a passo procurava interagir, cada vez mais, com os membros da equipe PSF e com as pessoas dessa comunidade. Num jogo recíproco de conhecer e ser conhecido, instalava-se gradativamente uma relação mais próxima e aberta. Já me sentia razoavelmente familiarizada com o ambiente profissional e pessoal naquele contexto quando, por vezes, me surpreendia com o fato de encontrar na equipe PSF, ou mesmo, entre os demais funcionários do CS, algum deles que me pedia maiores detalhes sobre o estudo, referindo não haver compreendido muito bem suas estratégias. Nesse caso, eu passava a me dedicar, com especial atenção, à explicação do trabalho.

Iniciei, então, o *grand-tour* de observações, assim denominado por Spradley (1980); parti para uma convivência intensa com a dinâmica de trabalho da equipe PSF e com a vida da comunidade, de forma geral. Como recomenda o autor, era necessário observar a situação social, o comportamento e as atividades desenvolvidas pelas pessoas nos locais onde ocorriam as situações sociais e, especificamente, as situações assistenciais.

Procurei aproximar-me dos membros da equipe durante o desenvolvimento de suas atividades na Unidade de Saúde, conheci sua planta física, seus equipamentos, programas, modelos de registros e relatórios, sistema de agendamentos e aspectos históricos da implantação desse serviço na comunidade; participei de reuniões de trabalho, de encontros com os grupos educativos na comunidade, contatos informais com clientes na sala de espera e com os membros da equipe na “hora do café”. Nesses encontros iniciais, tive a oportunidade de detalhar os objetivos do estudo e as considerações éticas pertinentes. A equipe mostrou-se extremamente receptiva ao meu trabalho e, num jogo cooperativo, logo se encarregou de apresentar-me detalhadamente a comunidade com seus recursos, suas características e

esse procedimento. À medida que ia fazendo o curativo, a P4 ia conversando com a Sra. V. (demonstrando ter bastante intimidade com a família); perguntou se ela conhecia as histórias das bruxas da Lagoa do Peri, que a avó dela (P4. mora na localidade até hoje) e outras pessoas antigas da localidade contavam. Prontamente a Sra. V. disse que isso era verdade, que as bruxas existiram de fato neste local e que, principalmente à noite, se reuniam em volta da Lagoa, soltando os barcos dos pescadores das suas amarras ou cavalgando em volta da Lagoa. O filho da Sra. V. concordou com sua mãe e complementou: “de manhã os donos dos cavalos sabem que as bruxas andaram em seus cavalos, porque a crina deles fica toda trançada, com trancinhas bem pequenas, bem amarradinhas, até difícil de desmanchar. Eu mesmo, esses tempos, fui caçar no mato. Levei os cachorros e, de repente, ficou tudo quieto no meio da mata. Eu ali sozinho com os cachorros, eles encolheram o rabo no meio das pernas e se chegaram junto a mim, pareciam estar com medo de alguma coisa. Logo em seguida ouvi aquele riso alto de mulheres dando voltas em cima da minha cabeça. Eram as bruxas, eu mesmo ouvi, só que não apareceram”. Sra. V. contou que muitas vezes as bruxas entravam na casa das pessoas pelo buraco da fechadura, sem roupa, e se fossem, de algum modo, trancadas dentro da casa, nunca mais saíam dali, causando muitos problemas para as pessoas que ali moravam. P4 (parecendo conhecer este fato) complementou: “é se alguém descobrisse, nesse momento, quem era a bruxa, chamando-a pelo nome, na mesma hora ela se transformava naquela pessoa, só que sem roupa. Mesmo não sendo vistas, as bruxas sempre eram ouvidas; sabia-se da sua presença pelos sons que produziam, movendo ou quebrando objetos e prejudicando as pessoas, principalmente as crianças pequenas. Muitas pessoas expulsavam as bruxas de suas casas batendo nelas com paus ou vassouras e dizem que no outro dia determinada mulher aparecia com grandes manchas roxas e marcas de espancamento na comunidade, e que todos acreditavam ser isso, autoria da bruxa, na noite anterior”. Sra. V. estava muito atenta a toda essa conversa, concordando com movimento de cabeça por várias vezes. Terminando o curativo da Sra. V., P4 perguntou se ela gostaria de ficar ali na cozinha ou voltar para o quarto, estimulando-a, todavia, a permanecer sentada ali por mais algum tempo [...]. De volta ao CS, P4 procurou-me, de uma maneira muito interessada, estando a sua mãe AD (moradora antiga da comunidade e grande conhecedora da cultura local) junto dela. Pediu-me que eu explicasse, ainda um pouco mais, sobre o meu estudo, que ela gostaria de entender ainda melhor o meu trabalho. Logo percebi também o interesse da sua mãe sobre a minha explicação, pois, com esta última eu ainda não havia conversado sobre o meu projeto. Procurei esclarecer com detalhes, minuciosamente, os propósitos do estudo, o meu papel ao acompanhar a equipe aos domicílios, sobre a metodologia e principalmente sobre as prováveis contribuições desta pesquisa. Parecendo estar mais satisfeita com os esclarecimentos, P4 retirou-se e a sua mãe sentou ao meu lado e falou-me que pensa ser este trabalho de pesquisa de grande importância para os profissionais de saúde, com base nas suas próprias vivências atuando na saúde na comunidade. Contou-me que foi uma das pessoas que participou do movimento para instalação do CS na comunidade e que logo no início ela trabalhou no CS como atendente de enfermagem. Disse que nesse trabalho desenvolveu uma relação muito próxima com as pessoas do local, já suas conhecidas, pois sua família é originária deste local e bem relacionada com as demais famílias que aqui vivem. Atualmente as suas duas filhas também trabalham nessa área. Relatou que no início, em seu trabalho como atendente de erif, ela desenvolveu um relacionamento muito forte de confiança com as pessoas que procuravam o CS para assistência de saúde. Comentou haver tido problemas com os profissionais que atuavam no CS, naquela época, porque as pessoas marcavam a consulta médica, mas antes de entrar no consultório, faziam questão de conversar com ela. Referiu que hoje é muito diferente, que a médica que integra a equipe atualmente tem uma visão completamente diferente e que hoje em dia os profissionais de saúde já desenvolvem um pouco daquilo que ela fazia, ou seja, ela ficava mais próxima das pessoas, das suas vidas, do seu dia-a-dia, ouvia com atenção os seus problemas, mostrava-se disponível para ajudá-las, aconselhava-as a pensar positivamente e ressaltou com veemência que estabelecia com as pessoas, principalmente, uma relação de confiança, porque sabiam que podiam confiar nela, pois o sigilo das

*confidências era garantido sob qualquer hipótese; isto era comprovado com o passar do tempo, no dia-a-dia e não somente em uma promessa de palavras. A confiança, para ela, é o componente mais importante, abre as portas para os assuntos mais íntimos, problemáticos e sérios. Manter em segredo aquilo que se ouve é fundamental para ela. Relata haver atendido inúmeros casos com tentativas de suicídios na comunidade e essas pessoas, após desabafar os seus problemas e sentimentos, sentiam-se ajudadas por alguém em quem podiam confiar e, na maioria dos casos, mudavam de idéia[...].*

*Notas da pesquisadora:*

*Sinto que hoje foi um dia extremamente produtivo, no sentido de uma aproximação maior com a equipe. Acompanhar os membros da equipe aos domicílios, estar com eles junto com as famílias, parece deixar ainda mais claro o meu estudo para eles e proporciona uma aproximação pessoal maior. Sinto que estamos nos conhecendo melhor e me parece que estou sendo muito bem recebida. A minha aproximação com as famílias é fundamental neste momento de entrada em campo, pois estou mais perto dos seus problemas, da sua cultura, e percebo que a minha presença na comunidade desperta curiosidade nas pessoas. Por isso sinto que é importante esse contato nos domicílios, em que tenho a oportunidade de falar sobre a minha pesquisa e dar-lhes a possibilidade de conhecer-me um pouco mais.*

*Por outro lado, percebi que é fundamental que todas as pessoas que trabalham no CS conheçam, claramente, o meu projeto, mesmo que não façam parte da equipe PSF, pois são também pessoas com as quais eu convivo no CS, e vivem na comunidade local (pessoas-chave na comunidade), que provavelmente divulgarão a notícia da minha pesquisa para outras pessoas de suas relações. Isto parece ser bastante importante neste momento do trabalho.*

Seguindo a recomendação de Minayo (1993) procurei, nesse primeiro momento, demonstrar-me disponível para estabelecer os elos interacionais com as pessoas, procurando ser aceita na convivência assistencial, sem pretender, no entanto, que elas me considerassem um igual, ou seja, um membro da própria equipe ou nativo local. Confesso que se tratava, ainda, de uma aproximação geral com a equipe e com as famílias, pois os contatos pessoais passaram a ocorrer com maior proximidade quando, em um momento posterior, acompanhei individualmente o trabalho assistencial de cada um dos seus membros. Acredito que a gênese de uma relação empática instalada nesse primeiro momento, ainda que não fosse, de uma forma absoluta, com todos os integrantes da equipe, foi extremamente importante e necessária para o desenvolvimento favorável do processo metodológico.

Eu procurava absorver, ao máximo, todo tipo de informações que se apresentavam no cenário assistencial, com mínimo envolvimento nas atividades assistenciais em si. Mantinha um olhar e um ouvir atentos, porém não direcionados, sobre as atitudes e atividades dos integrantes da equipe PSF em seu trabalho rotineiro. Nesse sentido eu procurei entender como esta equipe organizava o seu trabalho, o seu espaço profissional e as relações que ali ocorriam. O processo de observação era acompanhado do registro minucioso daquilo que era visto e ouvido nesse contexto. A fim de preservar um maior nível de espontaneidade possível por parte dos observados, não utilizei a técnica de gravação para registrar os depoimentos e



Essa primeira etapa teve como passo inicial a minha *entrada no campo*. Os meus primeiros contatos com a Instituição foram junto à Direção das Ações de Saúde, tendo a finalidade de apresentar e discutir a viabilidade do meu projeto de estudo. Diante do parecer favorável dessa direção, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética desta Instituição. Concomitantemente, o projeto foi encaminhado para análise da Comissão de Ética da UFSC.

A seleção da Unidade de Saúde que integrou este estudo deu-se a partir dos critérios que eu havia estabelecido e com o auxílio das sugestões emitidas pela Direção das Ações de Saúde. Realizei um contato com a equipe selecionada, apresentando os propósitos e a metodologia do estudo. Constatei, nessa oportunidade, que havia abertura e um significativo nível de interesse dessas pessoas frente à proposta do trabalho.

Fui me aproximando, cautelosamente, da realidade que desejava observar; passo a passo procurava interagir, cada vez mais, com os membros da equipe PSF e com as pessoas dessa comunidade. Num jogo recíproco de conhecer e ser conhecido, instalava-se gradativamente uma relação mais próxima e aberta. Já me sentia razoavelmente familiarizada com o ambiente profissional e pessoal naquele contexto quando, por vezes, me surpreendia com o fato de encontrar na equipe PSF, ou mesmo, entre os demais funcionários do CS, algum deles que me pedia maiores detalhes sobre o estudo, referindo não haver compreendido muito bem suas estratégias. Nesse caso, eu passava a me dedicar, com especial atenção, à explicação do trabalho.

Iniciei, então, o *grand-tour* de observações, assim denominado por Spradley (1980); parti para uma convivência intensa com a dinâmica de trabalho da equipe PSF e com a vida da comunidade, de forma geral. Como recomenda o autor, era necessário observar a situação social, o comportamento e as atividades desenvolvidas pelas pessoas nos locais onde ocorriam as situações sociais e, especificamente, as situações assistenciais.

Procurei aproximar-me dos membros da equipe durante o desenvolvimento de suas atividades na Unidade de Saúde, conheci sua planta física, seus equipamentos, programas, modelos de registros e relatórios, sistema de agendamentos e aspectos históricos da implantação desse serviço na comunidade; participei de reuniões de trabalho, de encontros com os grupos educativos na comunidade, contatos informais com clientes na sala de espera e com os membros da equipe na “hora do café”. Nesses encontros iniciais, tive a oportunidade de detalhar os objetivos do estudo e as considerações éticas pertinentes. A equipe mostrou-se extremamente receptiva ao meu trabalho e, num jogo cooperativo, logo se encarregou de apresentar-me detalhadamente a comunidade com seus recursos, suas características e

dificuldades, a organização territorial da assistência, as características de cada micro-área e, também, o seu *diagnóstico de saúde*. Nesse primeiro contato, membros da equipe e, por vezes, também membros das famílias, relatavam-me longas histórias sobre antigas famílias nativas e fantásticas lendas sobre as bruxas que habitavam as margens da lagoa local. Nessa aproximação inicial, procurei conhecer o artesanato, o folclore e as festividades locais, os equipamentos educacionais, os recursos locais de saúde, entre os quais, as benzedeiras e os farmacêuticos de referência, os grupos associativos, as religiões predominantes, entre outros aspectos. Ilustro essa passagem com um recorte do meu diário de campo onde constam registros sobre o meu processo de aproximação com as famílias. Descrevo, nessa passagem, o modo como a equipe procurou introduzir-me no espaço assistencial familiar e apresentar-me traços da cultura local:

*Notas ampliadas 06/09/01 – 14:30h- 17:45 – CS*

*Hoje conheci P3, a única pessoa da equipe com quem ainda não havia conversado sobre o meu projeto de pesquisa. Da mesma forma que ocorreu com os outros, esclareci os objetivos, a metodologia, a contribuição do estudo e a livre participação das pessoas. Ela mostrou-se interessada e com vontade de participar do estudo.*

*Mais tarde, acompanhei P4 a um atendimento domiciliar, como havíamos combinado. Também foram à casa da família V, P1 e AD. (funcionária que não integra, diretamente, a equipe PSF) que acompanharia P1 a uma outra atividade posteriormente e, também, o ACS responsável por aquela micro-área, em que se situa o domicílio desta família. Fomos todos no carro de P1. Chegando ao domicílio da família V, entramos, menos a AD. (mãe da P4), que permaneceu do lado de fora do portão, encostada no muro da casa. Atravessamos um pequeno terreno, com algumas flores plantadas de maneira bem dispersa, entulhos espalhados pelo terreno e um varal com roupas penduradas. Chegamos à porta da cozinha, que estava entreaberta (parecia ser a única e principal entrada da casa). P4 chamou a Sra.V. pelo nome, em voz alta, anunciando que havíamos chegado. Imediatamente apareceu o seu filho (que cuida da Sra.V. juntamente com a sua esposa, mas que não se encontrava na casa neste momento) e convidou-nos a entrar. Permaneci uns segundos na cozinha, juntamente com P1 e com o ACS que permanecia junto à porta, enquanto a P4 (que já era conhecida da família por ser nativa local) ia entrando pela casa rumo ao quarto da Sra.V., muito à vontade, me chamando para acompanhá-la. Pedi licença ao filho da Sra.V., que se encontrava na cozinha e segui P4. Entramos no quarto, a Sra.V. estava sentada à beira de sua cama [...] P4 falou à Sra. V (que era cega) que eu estava ali também, e logo procurei apresentá-la e dizer o que eu estava fazendo ali. Pareceu receptiva à minha presença e então, segurando as suas mãos conduzimos a Sra. até à cozinha para a realização de curativo. Lá chegando, P1 estava sentada à mesa, o filho da Sra.V. se encontrava de pé no canto da cozinha e o ACS na entrada continuava junto à porta. Sentamos, a Sra.V. à mesa defronte P1, que logo lhe perguntou como havia passado nos últimos dias; a Sra. V. queixou-se, então, que não melhorara em nada. P1 examinou as lesões e orientou o procedimento do curativo à P4, e procurou animar a Sra.V. com palavras e gestos carinhosos. Em seguida retirou-se para atender outro compromisso. Nós (P4., ACS, o filho da Sra. V. e eu) permanecemos na cozinha, enquanto P4 ali realizava o curativo. Expliquei para o filho da Sra.V. sobre o meu trabalho de pesquisa e perguntei-lhe se gostaria de participar, ele prontamente concordou e disse que eu poderia vir à sua casa, quando desejasse, para realizar a pesquisa. Para a realização do curativo a equipe trouxe algum material do CS, mas no domicílio havia uma caixa com algum material que também era utilizado para*

esse procedimento. À medida que ia fazendo o curativo, a P4 ia conversando com a Sra. V. (demonstrando ter bastante intimidade com a família); perguntou se ela conhecia as histórias das bruxas da Lagoa do Peri, que a avó dela (P4. mora na localidade até hoje) e outras pessoas antigas da localidade contavam. Prontamente a Sra. V. disse que isso era verdade, que as bruxas existiram de fato neste local e que, principalmente à noite, se reuniam em volta da Lagoa, soltando os barcos dos pescadores das suas amarras ou cavalgando em volta da Lagoa. O filho da Sra. V. concordou com sua mãe e complementou: “de manhã os donos dos cavalos sabem que as bruxas andaram em seus cavalos, porque a crina deles fica toda trançada, com trancinhas bem pequenas, bem amarradinhas, até difícil de desmanchar. Eu mesmo, esses tempos, fui caçar no mato. Levei os cachorros e, de repente, ficou tudo quieto no meio da mata. Eu ali sozinho com os cachorros, eles encolheram o rabo no meio das pernas e se chegaram junto a mim, pareciam estar com medo de alguma coisa. Logo em seguida ouvi aquele riso alto de mulheres dando voltas em cima da minha cabeça. Eram as bruxas, eu mesmo ouvi, só que não apareceram”. Sra. V. contou que muitas vezes as bruxas entravam na casa das pessoas pelo buraco da fechadura, sem roupa, e se fossem, de algum modo, trancadas dentro da casa, nunca mais saíam dali, causando muitos problemas para as pessoas que ali moravam. P4 (parecendo conhecer este fato) complementou: “e se alguém descobrisse, nesse momento, quem era a bruxa, chamando-a pelo nome, na mesma hora ela se transformava naquela pessoa, só que sem roupa. Mesmo não sendo vistas, as bruxas sempre eram ouvidas; sabia-se da sua presença pelos sons que produziam, movendo ou quebrando objetos e prejudicando as pessoas, principalmente as crianças pequenas. Muitas pessoas expulsavam as bruxas de suas casas batendo nelas com paus ou vassouras e dizem que no outro dia determinada mulher aparecia com grandes manchas roxas e marcas de espancamento na comunidade, e que todos acreditavam ser isso, autoria da bruxa, na noite anterior”. Sra. V. estava muito atenta a toda essa conversa, concordando com movimento de cabeça por várias vezes. Terminando o curativo da Sra. V., P4 perguntou se ela gostaria de ficar ali na cozinha ou voltar para o quarto, estimulando-a, todavia, a permanecer sentada ali por mais algum tempo [...]. De volta ao CS, P4 procurou-me, de uma maneira muito interessada, estando a sua mãe AD (moradora antiga da comunidade e grande conhecedora da cultura local) junto dela. Pediu-me que eu explicasse, ainda um pouco mais, sobre o meu estudo, que ela gostaria de entender ainda melhor o meu trabalho. Logo percebi também o interesse da sua mãe sobre a minha explicação, pois, com esta última eu ainda não havia conversado sobre o meu projeto. Procurei esclarecer com detalhes, minuciosamente, os propósitos do estudo, o meu papel ao acompanhar a equipe aos domicílios, sobre a metodologia e principalmente sobre as prováveis contribuições desta pesquisa. Parecendo estar mais satisfeita com os esclarecimentos, P4 retirou-se e a sua mãe sentou ao meu lado e falou-me que pensa ser este trabalho de pesquisa de grande importância para os profissionais de saúde, com base nas suas próprias vivências atuando na saúde na comunidade. Contou-me que foi uma das pessoas que participou do movimento para instalação do CS na comunidade e que logo no início ela trabalhou no CS como atendente de enfermagem. Disse que nesse trabalho desenvolveu uma relação muito próxima com as pessoas do local, já suas conhecidas, pois sua família é originária deste local e bem relacionada com as demais famílias que aqui vivem. Atualmente as suas duas filhas também trabalham nessa área. Relatou que no início, em seu trabalho como atendente de enf., ela desenvolveu um relacionamento muito forte de confiança com as pessoas que procuravam o CS para assistência de saúde. Comentou haver tido problemas com os profissionais que atuavam no CS, naquela época, porque as pessoas marcavam a consulta médica, mas antes de entrar no consultório, faziam questão de conversar com ela. Referiu que hoje é muito diferente, que a médica que integra a equipe atualmente tem uma visão completamente diferente e que hoje em dia os profissionais de saúde já desenvolvem um pouco daquilo que ela fazia, ou seja, ela ficava mais próxima das pessoas, das suas vidas, do seu dia-a-dia, ouvia com atenção os seus problemas, mostrava-se disponível para ajudá-las, aconselhava-as a pensar positivamente e ressaltou com veemência que estabelecia com as pessoas, principalmente, uma relação de confiança, porque sabiam que podiam confiar nela, pois o sigilo das

*confidências era garantido sob qualquer hipótese; isto era comprovado com o passar do tempo, no dia-a-dia e não somente em uma promessa de palavras. A confiança, para ela, é o componente mais importante, abre as portas para os assuntos mais íntimos, problemáticos e sérios. Manter em segredo aquilo que se ouve é fundamental para ela. Relata haver atendido inúmeros casos com tentativas de suicídios na comunidade e essas pessoas, após desabafar os seus problemas e sentimentos, sentiam-se ajudadas por alguém em quem podiam confiar e, na maioria dos casos, mudavam de idéia[...].*

*Notas da pesquisadora:*

*Sinto que hoje foi um dia extremamente produtivo, no sentido de uma aproximação maior com a equipe. Acompanhar os membros da equipe aos domicílios, estar com eles junto com as famílias, parece deixar ainda mais claro o meu estudo para eles e proporciona uma aproximação pessoal maior. Sinto que estamos nos conhecendo melhor e me parece que estou sendo muito bem recebida. A minha aproximação com as famílias é fundamental neste momento de entrada em campo, pois estou mais perto dos seus problemas, da sua cultura, e percebo que a minha presença na comunidade desperta curiosidade nas pessoas. Por isso sinto que é importante esse contato nos domicílios, em que tenho a oportunidade de falar sobre a minha pesquisa e dar-lhes a possibilidade de conhecer-me um pouco mais.*

*Por outro lado, percebi que é fundamental que todas as pessoas que trabalham no CS conheçam, claramente, o meu projeto, mesmo que não façam parte da equipe PSF, pois são também pessoas com as quais eu convivo no CS, e vivem na comunidade local (pessoas-chave na comunidade), que provavelmente divulgarão a notícia da minha pesquisa para outras pessoas de suas relações. Isto parece ser bastante importante neste momento do trabalho.*

Seguindo a recomendação de Minayo (1993) procurei, nesse primeiro momento, demonstrar-me disponível para estabelecer os elos interacionais com as pessoas, procurando ser aceita na convivência assistencial, sem pretender, no entanto, que elas me considerassem um igual, ou seja, um membro da própria equipe ou nativo local. Confesso que se tratava, ainda, de uma aproximação geral com a equipe e com as famílias, pois os contatos pessoais passaram a ocorrer com maior proximidade quando, em um momento posterior, acompanhei individualmente o trabalho assistencial de cada um dos seus membros. Acredito que a gênese de uma relação empática instalada nesse primeiro momento, ainda que não fosse, de uma forma absoluta, com todos os integrantes da equipe, foi extremamente importante e necessária para o desenvolvimento favorável do processo metodológico.

Eu procurava absorver, ao máximo, todo tipo de informações que se apresentavam no cenário assistencial, com mínimo envolvimento nas atividades assistenciais em si. Mantinha um olhar e um ouvir atentos, porém não direcionados, sobre as atitudes e atividades dos integrantes da equipe PSF em seu trabalho rotineiro. Nesse sentido eu procurei entender como esta equipe organizava o seu trabalho, o seu espaço profissional e as relações que ali ocorriam. O processo de observação era acompanhado do registro minucioso daquilo que era visto e ouvido nesse contexto. A fim de preservar um maior nível de espontaneidade possível por parte dos observados, não utilizei a técnica de gravação para registrar os depoimentos e

diálogos nessa etapa inicial por perceber que, para lançar mão desse recurso, eu necessitaria ter maior familiaridade com eles. Por esse motivo os dados foram, densamente, descritos em um diário de campo, imediatamente depois de realizada a observação em campo. Na reconstrução dos diálogos procurei descrever gestos, palavras, depoimentos, aspectos do ambiente, seqüência das atividades, rotinas do serviço, atitudes dos observados e contexto da situação. Em paralelo, descrevia também as minhas próprias atitudes e impressões a respeito desse cenário, e notas teóricas que poderiam me auxiliar a compreender os fatos observados. Passo a apresentar, como exemplo, um trecho do meu diário de campo, contendo o registro de parte das atividades observadas em uma determinada situação assistencial nessa etapa do trabalho:

*Notas ampliadas - 24/07/01 – 14:00h-17:00h*

*Associação dos Moradores: reunião de grupos educativos*

*Particpei da reunião do grupo de fitoterapia, coordenado por P1, reunido em torno de uma mesa, em um anexo ao salão da Associação de Moradores em que havia sido realizado o encontro do grupo de diabéticos, pois este grupo (de fitoterapia) é muito menor do que o outro e, sendo assim, o espaço do salão mostrava-se muito amplo para reunir esse número de pessoas. A maioria delas já era conhecida, pois também participava do grupo de diabéticos ao qual a equipe PSF já havia me apresentado. Todos os integrantes conversavam muito entre si, pareciam muito satisfeitos em participar deste grupo. P1, por sua vez, relacionava-se muito proximamente com todos; o grupo também parecia simpatizar-se com ela. Risos e vozes animadas ecoavam pelo imenso salão. Algumas mulheres já discutiam animadamente assuntos relacionados a chás e infusões, mesmo antes do assunto ser aberto oficialmente.*

*No decorrer do encontro, os participantes (8 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) discutiam interessadamente com a P1 sobre os efeitos terapêuticos de determinadas ervas. P1 apresentou, de modo didático, as informações técnicas sobre as plantas em questão e solicitou que os demais falassem sobre o que conheciam e tinham apreendido com suas famílias (saber popular) sobre essas plantas. Algumas mulheres expuseram, com muita propriedade, os seus saberes, relacionados ao preparo de chás, infusões e aplicação dessas ervas provenientes dos ensinamentos de suas avós, e foram muito valorizadas em seus depoimentos, por P1. Em determinados momentos, uma ou outra participante discordava de uma informação técnica, dizendo que no seu conhecimento aquilo era diferente, insistindo no seu próprio parecer, ou seja, no seu saber. O assunto passou a ser mais profundamente discutido, ouvidas as outras pessoas, e analisado em detalhes. Em seguida o grupo passou a programar um evento para angariar recursos para a reforma de uma parte do salão desta associação, com a finalidade de instalar um "laboratório" para o preparo/teste de produtos fitoterápicos. Foi programado um "Bingo" para o dia 22/09 na Associação e a tarefa do grupo, nesse momento, era conseguir doações ou prendas no comércio da cidade, como prêmios do bingo. Nessa atividade, o grupo se mostrou muito integrado, ativo e extremamente interessado e comprometido. O Sr. A., responsável pela horta que está sendo construída nos fundos da Associação, parecia sentir-se bastante valorizado pela incumbência dessa tarefa (hortelão) e procurava opinar, sugerir e "aconselhar" o grupo nas suas decisões e encaminhamentos.*

*A reunião foi encerrada e eu fui convidada por P1 e pelo Sr. A. a conhecer o projeto de horta que será desenvolvido no local. Caminhamos juntos pelo terreno e eles explicavam como e onde seria a horta. Eles paravam a cada momento para*

*mostrar-me as diferentes ervas que se encontram “naturalmente” naquele local, nomeando-as uma a uma e as suas indicações de uso [...].*

*Notas da pesquisadora:*

*As pessoas que integram o grupo de fitoterapia demonstraram satisfação na minha participação nesta atividade. Fui muito bem recebida por P1, coordenadora desse grupo. Ela parece estar abrindo espaço para que eu me sinta bem nessa convivência.*

*Percebo que consegui dar mais alguns passos para uma aproximação maior com a comunidade. Algumas pessoas já me conhecem, parecem estar à vontade na minha presença e satisfeitas por me verem com eles. Falam de coisas e acontecimentos próprios de sua comunidade, procurando que eu me ambiente melhor. Isso é ótimo. Estou sentindo progressos nesse sentido. Quando estou no CS, essas pessoas vêm conversar comigo sem constrangimentos, demonstrando estarem bem com a minha presença entre eles. Isso também está ocorrendo com relação à maioria dos membros da equipe PSF.*

A análise de domínios, desencadeada após a realização da observação descritiva, revelou a existência de padrões que se mostraram significativos na situação social e, mais especificamente, no contexto assistencial da equipe PSF, que foi observado nessa primeira etapa.

Dentre os padrões gerais - que dizem respeito à qualidade do processo interativo que é pretendida pela equipe no contexto da assistência à saúde da família - voltados à temática do estudo, revelaram-se importantes: a **confiança**, o **conhecimento**, a **intimidade**, a **responsabilidade** e a **autonomia**.

No segundo momento do trabalho, voltada à **observação focada**, debrucei o meu olhar sobre a situação assistencial domiciliar propriamente dita. Nessa oportunidade, acompanhei todos os membros da equipe neste tipo de atividade, individualmente e, também, em uma composição de duplas que variava entre médico e ACS, enfermeira e ACS, médico e auxiliar de enfermagem.

Com o intuito de contornar a condição de homogeneidade dos dados, procurei selecionar situações de diferentes naturezas como: encontros educativos de caráter preventivo, desenvolvimento de cuidados técnicos, acompanhamentos pós-cirúrgicos, cuidados à família no processo do nascimento, cuidados a pessoas com doenças infecto-contagiosas, cuidados a pessoas idosas, planejamento familiar, entre outras. Nessa fase pude observar o trabalho dos membros da equipe PSF junto a 25 famílias. Isso ocorreu em diferentes dias da semana e, também, em diferentes períodos: matutino e vespertino. O número de famílias acompanhadas nessa fase da observação variou conforme a necessidade de aprofundamento das observações; assim, um grande número delas foi observado em uma única visita. Outras vezes, quando a situação assistencial observada revelava fatos interessantes para os propósitos do estudo, ou

quando era necessário esclarecer determinados aspectos, eu retornava ao domicílio, juntamente com a equipe, em mais uma ou duas visitas.

Do primeiro plano de análise, partindo dos domínios identificados, emergiu a reflexão que se segue, dando forma às questões norteadoras que direcionaram o foco das observações nessa segunda etapa.

*Ainda que estabelecida uma relação favorável à aproximação (na percepção da equipe), a família parece regular a abertura e o fechamento, o distanciamento e a aproximação do seu espaço domiciliar e, muito mais intensamente, do seu espaço íntimo familiar, segundo seus próprios interesses e necessidades. Isso parece significar que a decisão de encontrar-se com a equipe, em um dado momento, no domicílio, cabe, a priori, à família - que se encontra no seu próprio espaço e onde exerce a sua autonomia para decidir quem e quando receber; o que e quando relatar; o que permitir e acolher; o que acatar e o que rejeitar e descartar. Isso é demonstrado, simbolicamente, quando as portas e janelas permanecem fechadas, ou olhares se afastam por trás de cortinas entreabertas, o volume de um rádio diminui gradativamente, simulando a ausência "de alguém em casa.[...].  
(Recorte do primeiro plano de análise dos dados).*

Procurei, então, focalizar com maior atenção: - como a equipe PSF e a família definem o espaço da intimidade familiar, quais são os fatores que determinam a abertura ou o fechamento deste espaço pela família mediante a presença da equipe PSF, porque os assuntos circunscritos à intimidade familiar são tão importantes para a equipe PSF.

As observações foram centradas no dizer e no fazer dos membros da equipe PSF, na maneira como interagiam com as famílias naquela situação assistencial, o que mais valorizavam nas suas ações, como hierarquizavam, consideravam e aplicavam os saberes sobre os cuidados de saúde – que emergiam nas narrativas, como consideravam e valorizavam as emoções que se manifestavam nas palavras e nas atitudes – tanto por parte das famílias como também das suas próprias. No contexto do espaço do domicílio, a minha atenção voltou-se, com maior cuidado, para tudo aquilo que pudesse sinalizar a delimitação das fronteiras da intimidade familiar e, também, o trânsito da equipe nesses meandros. Observei os sinais de familiaridade ou constrangimento da equipe perante assuntos de maior nível de intimidade da família, bem como seu posicionamento profissional em relação às questões que exigiam um encaminhamento mais urgente e, reconhecidamente, necessário pela família. Essa observação incluiu também os aspectos arquitetônicos, decorativos e funcionais da moradia, buscando situar os cômodos que tinham um contato mais direto e próximo com o nível da rua, ou seja, mais abertos ao olhar público, onde a equipe geralmente era recebida. Procurava detectar os locais da casa destinados aos cuidados técnicos e aqueles onde se abordavam

assuntos ligados à vida familiar. Por outro lado eu procurava captar, de modo capilar, em que momento assistencial e interativo a equipe era autorizada, pela família, a adentrar nos espaços mais reclusos da sua intimidade ou, então, afastada desse domínio mais particular. Em relação à família, eu centrava a observação sobre as suas manifestações de aproximação ou distanciamento ante a presença da equipe; procurava identificar quem assumia a interlocução familiar no encontro assistencial e as atitudes dos outros membros da família, amigos e/ou vizinhos presentes nesse contexto durante as narrativas e execução de técnicas de cuidados.

Em um momento posterior ao encontro assistencial, de modo particular, eu procurava saber como a equipe havia percebido a dinâmica interativa ocorrida na situação observada. Nessa oportunidade, os membros da equipe discorriam, longamente, sobre as suas dificuldades, ansiedades e expectativas em relação à experiência vivenciada junto à família.

De um outro lado, eu busquei saber como a família havia percebido essa experiência junto à equipe PSF em seu domicílio; isto foi possível em um momento posterior, durante as entrevistas que realizei com elas particularmente no domicílio.

Esta foi, para mim, uma fase de vivências muito ricas, tanto na dimensão do estudo quanto no plano pessoal. A minha aproximação com as famílias, com a cultura local e com a vida cotidiana da comunidade, foi fascinante. Tive o cuidado de ingressar na vida das famílias através da apresentação de uma pessoa conhecida e confiável, ou seja, a minha presença no domicílio das famílias sempre foi acompanhada por algum integrante da equipe que já tinha uma certa familiaridade com esta. Ainda assim, eu solicitava o consentimento formal para adentrar no espaço do domicílio. Após as apresentações pessoais, eu discorria sobre a finalidade da minha presença ali, naquele momento, evidenciando os objetivos e benefícios do estudo, o respeito à livre vontade de participação das famílias, a garantia do anonimato das informações e a possibilidade de divulgação dos resultados do estudo, caso a comunidade se interessasse em conhecê-los.

De uma forma geral, as famílias aceitaram a minha presença com um bom nível de abertura, manifestando-se lisonjeados em poder participar do estudo e convidando-me a retornar mais vezes ao seu domicílio. Isso foi extremamente favorável, pois percebia que as famílias e, também, a maioria dos membros da equipe, estava disposta a estabelecer comigo elos interativos positivos, que permitiriam uma abertura e uma espontaneidade cada vez maior diante do meu trabalho de observação.



O meu nível de envolvimento, no plano assistencial, já se mostrava mais intenso, à medida que os ACS's solicitavam a minha orientação quando se defrontavam com problemas que exigiam maior preparo profissional, como no caso das intercorrências clínicas emergenciais, que não podiam ser, prontamente, orientadas pela enfermeira responsável. Esse movimento de envolvimento e de afastamento da realidade exigiu-me um grande exercício de disciplina no sentido de discernir quando era preciso intervir profissionalmente, enquanto enfermeira, e quando o afastamento se fazia necessário para dar lugar à pesquisadora. Nesse caso, eu procurava ter o cuidado de explicitar, nos registros, a natureza da minha participação na situação assistencial, para conferir aos dados a confiabilidade necessária na observância do rigor do estudo.

Os dados observados foram registrados em diário de campo, sob a forma de notas **condensadas**, realizadas concomitantemente com a observação, destacando os aspectos mais significativos, esquemas, desenhos que me auxiliassem a redigir, posteriormente, as **notas ampliadas**. Estas continham uma descrição densa da situação assistencial observada. Nas **notas da pesquisadora** constavam as minhas impressões, sentimentos, limitações e avanços no trabalho metodológico, e nas **notas teóricas** eu procurava pontuar as indicações teóricas pertinentes às questões em destaque. A técnica de gravação não foi utilizada, nessa etapa, pelos mesmos motivos expostos anteriormente, ou seja, a pouca familiaridade que eu tinha com as famílias poderia tolher-lhes a espontaneidade na vivência da situação observada.

A validação desses dados foi feita pelos próprios integrantes da equipe envolvidos na situação assistencial observada, através da leitura dos registros constantes nas notas ampliadas ou através de uma validação oral que ocorria, logo após o encontro, a partir dos registros que estavam contidos nas notas ampliadas. Ao final do trabalho de análise e interpretação dos dados, voltei a encontrar-me com a equipe PSF para apresentação dos resultados deste estudo.

Um domínio é organizado, segundo uma ordem taxonômica, em termos cobertos e termos incluídos. Situados na linha de referências dos domínios gerais que foram identificados anteriormente, os dados foram, agora, organizados em subcategorias na ordem de uma classificação taxonômica, agrupadas em torno das suas relações semânticas. Isso, na linguagem de Spradley (1980), quer dizer: é preciso organizar as relações entre os **termos incluídos** dentro de seus respectivos domínios ou padrões gerais de significados e, também, identificar como cada uma dessas partes se encontra aderida ao todo, à temática central do estudo.

Em um primeiro momento foi realizada uma leitura, exaustiva, de todos os dados; foi quando procurei assinalar todos aqueles termos e expressões que pudessem ter alguma relação entre si e, também, com os padrões gerais. Uma segunda leitura teve como objetivo destacar as passagens assinaladas, agregando-lhes os elementos significativos do contexto que se revelavam importantes, no sentido de detectar aspectos contrastantes e similares em relação a outros, nessa mesma categoria. Todas essas passagens foram recortadas do diário de campo e compuseram um quadro específico em que procurei visualizar as minúcias, os contornos sutis, as ramificações de cada passagem em relação a si mesma e, também, frente ao conjunto. Apresento, abaixo, um pequeno recorte dessa forma de organização:

*Diálogo com AD que é líder da comunidade local e funcionária do CS: 06-09-01.  
Para chegar mais próximo\* da vida diária das pessoas é preciso desenvolver uma relação de confiança; elas precisam saber que podem confiar. O segredo daquilo que nos contam é muito importante e isso é comprovado\* por elas com o passar dos tempos\*; não adianta dizer que vai se manter segredo, elas precisam ter certeza\* disso na sua vida, com o passar do tempo. Aí confiam na gente, se abrem mais\* para nós da saúde.*

*Diálogo com A3 após um encontro domiciliar com uma família: 18-09-01.  
A3 relata que se dá muito bem com as famílias de sua região porque elas - "confiam muito em mim, e isso faz com que elas exponham seus problemas\*, aquilo que pensam e acreditam\*."*

*Diálogo com A3, quando esta se referia às dificuldades que encontrava no início do seu trabalho com as famílias, e como evoluiu o relacionamento com estas ao longo da convivência: 27/09/01.  
As pessoas se fecham\*\* porque não conhecem a gente direito\*\*, hoje em dia tem muita violência, as pessoas nem sabem direito quem somos\*\*. Com o passar dos tempos elas percebem que a gente está aí para ajudá-las e criam confiança na gente e, então, começa a mudar e elas ficam mais à vontade\* com a gente.*

Legenda: \* = termos em que foram encontrados sinais de similaridades  
\*\* = termos em que foram detectados aspectos contrastantes

Continuo apresentando exemplos deste trabalho de análise, procurando demonstrar a importância da análise dos pequenos e sutis detalhes contidos nas palavras, expressões e diálogos que sinalizam as similaridades e as diferenças, os contrastes que orientam a sua classificação semântica. Apresentando esse recorte, desejo evidenciar a necessidade de um exame minucioso dos termos que incluem um domínio, para uma aproximação mais concreta dos significados embutidos nas palavras e nos gestos dos informantes. Os próprios dados, no contexto do seu conjunto, vão sinalizando a necessidade de aprofundar o seu nível de detalhamento, até o momento em que se revelam conexões mais fortes e contrastes mais definidos. A relação semântica que pluga duas ou mais categorias é denominada por Spradley (1980) de **domínio cultural**.

Exemplo da análise taxonômica dos dados – tendo por referência um dos domínios de significados, e as fases de identificação e interconexão de alguns de seus termos incluídos:

Domínio 1.1: relações de **confiança**\* (\* termo coberto)

Expressões que se relacionam à questão da **confiança**:

**1.1.a** O termo **abertura das portas** evidenciou-se, expressivamente, em vários momentos dos depoimentos, relatos e manifestações dos informantes; por esse motivo ele ocupou um lugar de destaque no domínio coberto pelo termo **confiança** e manifestou-se, também, com grande força no domínio coberto pelo termo **intimidade**.

**Decodificação semântica:**

- **abertura**: acessibilidade, começo, início, inauguração (FERREIRA, 1998).

**1.1.b** O termo **abertura das portas** acompanhou todos os termos decodificados a seguir; isso revelou uma forte aderência entre eles:

- as famílias ficam mais à **vontade**, **abrindo as portas** de suas casas para a equipe, quando confiam nela;
- através da **confiança** a equipe consegue que **as portas sejam abertas**, **descobrimo** os problemas mais sérios da família;
- a **confiança abre as portas** da casa e faz com que as pessoas **exponham** mais os seus problemas e, também, aquilo que pensam e acreditam.

As expressões **abertura**, **à vontade**, **desvelar** e **expor** foram decodificadas semanticamente, segundo Ferreira (1998):

- **estar à vontade**: sem constrangimento, cômodo, confortável;
- **descobrir**: deixar ver, mostrar, revelar;
- **expor**: fazer conhecer, por à vista, apresentar em exposição.

**1.1.c** Encontradas as afinidades semânticas entre os termos: deixar ver, fazer conhecer, por à vista, mostrar, revelar, apresentar em exposição, passei a relacionar – **abertura das portas** – a um sentido de **deixar ver**, **fazer-se conhecer**, **por à vista**, **apresentar em exposição**.

Assim, a **abertura das portas**, ligada a um sentido de fazer-se, conhecer, apresentar em exposição, deixar ver, passou a incluir o rol de **termos incluídos** deste domínio. O termo **confiança** é, nesse exemplo, aquele que lhe dá a cobertura maior e, por outro lado, **abertura**

**das portas** – com esse sentido, deve perpassar como um alinhavo todos os outros termos incluídos nesse domínio.

Assim sendo, utilizando a técnica que apresentei acima, procurei analisar todos aqueles termos e expressões que, de alguma forma, tinham uma relação com o **termo coberto: confiança**.

Dessa maneira, cheguei ao rol dos termos incluídos neste domínio, alinhavados entre si. Estes foram listados da seguinte forma:

Domínio 1 – termo coberto – **confiança**

Termos incluídos: **abertura das portas, acesso à intimidade, diálogo, atitudes, conquista, motivação, demonstração, comprovação, convivência, proximidade**.

Os dados demonstravam, entretanto, que era necessário avançar nessa análise para compreender melhor determinadas inter-relações ou, no dizer de Spradley (1980), determinados domínios culturais, que pareciam emergir das falas e manifestações dos participantes. Diante disso, complementei essa análise focalizando a **condição para ter confiança**. Seguindo o método de desdobramento semântico referido acima, encontrei os termos incluídos que possibilitaram esclarecer melhor os significados desse domínio:

**Condição para confiança**

Termos incluídos: **disponibilidade, resolutividade, proximidade, ética, dedicação e atenção, competência**.

Dessa maneira, foram identificados os termos incluídos nos domínios ou padrões gerais – **confiança, conhecimento, intimidade e responsabilidade**.

Nesse momento do trabalho de campo, a análise taxonômica foi mais enfatizada porque se trata de uma fase em que é preciso realizar uma garimpagem minuciosa dos significados, para poder avançar o processo de refinamento das observações. Todavia, esse tipo de análise acompanhou as demais fases desse processo, pois foi preciso, a cada momento, procurar o significado de fatos novos que emergiram no trabalho em campo, buscando as suas conexões ou disjunções em relação àqueles elementos já incluídos nos padrões gerais.

Nessa etapa, emergiram questões norteadoras que me levaram a aprofundar determinados aspectos que se destacaram nas interconexões dos termos incluídos, e também perpassaram, de certa forma, os padrões gerais de significados. Essas questões direcionaram a minha observação a um **foco seletivo** da realidade. Seguindo a sugestão de Spradley (1980), utilizei a técnica de entrevista para desenvolver esse trabalho de observação. Nesse momento,

procurei olhar seletivamente para os membros da equipe, focalizando algumas questões que se evidenciaram nas etapas anteriores, e que passaram a orientar os diálogos no decorrer das entrevistas, ou seja:

- Qual é a compreensão da equipe sobre a orientação do PSF: “ser responsável por um determinado número de famílias, em uma determinada área na comunidade”?
- O que envolve pessoal, profissional e institucionalmente esse processo?
- Como a equipe PSF define o espaço da intimidade familiar, e como se percebe atuando, profissionalmente, nesse território ?
- Como a equipe PSF relaciona o processo de co-responsabilização pela saúde da família com o fato de atuar, profissionalmente, no espaço da sua intimidade?
- Como a PSF compreende e descreve o processo assistencial no domicílio da família?
- Como a equipe PSF visualiza o seu processo de trabalho junto à família no domicílio?

O guia para entrevista com a equipe PSF se encontra, na íntegra, no apêndice F.

Realizei uma entrevista com cada membro integrante da equipe PSF, totalizando dez entrevistas, com tempo aproximado de noventa minutos para cada uma delas. Essas entrevistas foram agendadas com cada informante, individualmente, e realizadas em uma das salas da Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde e, também, nas dependências da Associação dos Moradores locais. Em todos os casos, tive o cuidado de zelar pela privacidade do ambiente, no entanto, especialmente, quando essas ocorriam na Unidade Básica de Saúde, se davam interrupções freqüentes, o que fazia com que o tempo se estendesse além do previsto, uma vez que era necessário interromper o diálogo e retomá-lo depois.

As entrevistas foram gravadas, sob a condição expressa do consentimento dos informantes, e as anotações eram feitas sob a forma de **notas condensadas**. Somente um integrante da equipe não permitiu a gravação e, nesse caso, as anotações precisaram ser mais densas no decorrer da própria entrevista, e ampliadas posteriormente.

As gravações foram transcritas, na íntegra, logo após as entrevistas. Apesar de validar as respostas no decorrer do próprio diálogo, durante a entrevista, as transcrições retornavam para os informantes, no intuito de validar os dados registrados.

A análise dos dados obtidos através das entrevistas passou pelo mesmo processo descrito e ilustrado anteriormente, sob uma ordem taxonômica de agrupamento e classificação, ampliando e aprofundando os elementos identificados anteriormente que se

configuravam cada vez com maior definição nas junções, disjunções, similaridades e contrastes.

Novas questões emergiram, e desta vez voltadas seletivamente para o foco da família. Para tanto, entrevistei sete famílias nos seus respectivos domicílios. A escolha destas se deu a partir das observações realizadas no meu primeiro momento em campo, quando eu as visitei em companhia dos membros da equipe. As situações assistenciais observadas naquela ocasião, que trouxeram elementos significativos relacionados à temática do estudo e que se revelaram importantes no decorrer do processo de análise, foram os indicativos para a seleção das famílias nessa fase das entrevistas.

Houve uma fase preparatória para que eu pudesse desenvolver as entrevistas com as famílias nos domicílios. Voltei a acompanhar as visitas realizadas pelos ACS's a essas famílias e, nessa oportunidade, falei-lhes sobre o andamento do meu trabalho em campo, uma vez que já havia tomado conhecimento sobre o estudo na etapa inicial. Apresentei-lhes o meu propósito em discutir particularmente algumas questões referentes ao estudo, e todas elas concordaram prontamente em participar. Dessa forma, agendei uma data que lhes fosse conveniente. Alguns contratempos de determinadas famílias impossibilitaram a realização das entrevistas nos dias agendados, o que fez com que eu tivesse que retornar em outra oportunidade, quer dizer, em nova data agendada.

Em dia e hora marcados compareci, sem a companhia dos membros da equipe PSF, ao domicílio das famílias, onde explicava o teor do diálogo e lhes pedia a permissão para gravar o diálogo. Ante uma posição afirmativa, apresentava-lhes o termo de consentimento informado e esclarecido, lendo e esclarecendo o seu conteúdo para todos os membros que se faziam presentes naquele momento. Perguntava, também, se eu poderia considerá-los representantes legítimos daqueles que não se encontravam presentes naquela situação, uma vez que falariam em nome da família. Isto posto e autorizado, solicitava-lhes que assinassem o termo de consentimento informado e esclarecido. Somente uma família, representada pelo casal, não autorizou a gravação da entrevista e, nesse caso, as respostas foram transcritas no decorrer dos diálogos em notas condensadas e, posteriormente, sob a forma de notas ampliadas.

O processo de validação das respostas foi feito à medida que a família se colocava ante as principais questões; eu procurava fazer uma síntese das suas respostas e solicitava-lhes que validassem aquilo que eu havia captado.

A principal respondente sempre era a mulher mais velha da família, a quem eu considerei informante-chave da família; na maioria das vezes, houve uma participação direta do homem (marido da informante-chave) e/ou dos filhos mais velhos. Os homens/maridos que participaram das entrevistas eram aposentados e em um dos casos o homem deixou, por alguns momentos, o trabalho próximo à moradia e juntou-se, de maneira participante, ao ambiente da entrevista. Predominou a presença do casal ou, exclusivamente, da mulher nesses encontros. Os informantes da família não foram definidos por mim; eles próprios se organizavam no espaço da casa para participar da entrevista, alguns (maridos e filhos) expressavam verbalmente as suas opiniões, e outros o faziam de uma maneira indireta, sinalizando a sua concordância através de expressões faciais. As informantes-chave (mulheres mais velhas na família) apropriavam-se, naturalmente, da interlocução, em uma posição direta, face-a-face comigo; os demais membros da família ficavam posicionados na retaguarda, porém, extremamente atentos a tudo que se dizia, por vezes interferindo para marcar a sua posição – que sempre reforçava o posicionamento da informante-chave.

Essas entrevistas foram conduzidas por questões norteadoras originadas no contexto das reflexões anteriores, no conjunto da análise desenvolvida ao longo desse processo. Dizem respeito a:

- Como a família define a sua própria intimidade?
- Como se define e organiza a família no âmbito das suas relações íntimas?
- A quem cabe o direito de compartilhar assuntos da intimidade com a família?
- A quem cabe, prioritariamente, a responsabilidade de cuidados à saúde da família?
- Qual é o papel e a inserção da equipe PSF no contexto da saúde da família?
- Como a família percebe o nível de resolutividade dos seus problemas de saúde na dimensão familiar, comunitária e institucional?
- Quais os fatores que promovem a abertura das portas do domicílio à equipe PSF e o seu o acesso aos problemas resguardados na intimidade familiar?
- Quais são os fatores que fecham essas fronteiras e impermeabilizam as relações nesse território particular?
- Que tipo de influências a intervenção da equipe PSF exerce em sua vida e sobre decisões em relação aos cuidados de saúde da família?
- A família conhece, claramente, o papel dos diferentes membros da equipe PSF e os objetivos dos encontros assistenciais em seu domicílio?

- As necessidades e os problemas de saúde, levantados pela equipe PSF no domicílio, fazem sentido com a compreensão que a família tem sobre saúde, necessidades e problemas?
- O que faz com que a presença da equipe PSF no domicílio seja importante para a família?

O guia para as entrevistas com as famílias é apresentado, na íntegra, no apêndice G.

De modo similar ao tratamento analítico, dispensado aos dados oriundos das entrevistas realizadas com os membros da equipe, esses dados também foram classificados segundo a sua orientação taxonômica, sendo incorporados aos padrões gerais, aglutinando e definindo mais claramente os significados, e ressaltando os contrastes entre as categorias.

Era o momento de realizar uma **análise componencial** desse imenso conjunto de dados. Para isso, procurei verificar se todas as partes estavam, realmente, plugadas aos padrões gerais, e se restavam pontos a esclarecer. Detectei certos aspectos que mereciam ainda uma definição um pouco mais clara, o que me fez retornar ao campo, por algumas vezes, para esclarecê-los junto aos informantes. Percebi, enfim, que os dados alcançaram o ponto de saturação, uma vez que, gradativamente, menos significados novos eram agregados ao conjunto existente. Para o exame de todos esses elementos, no contexto do seu conjunto, elaborei um diagrama que me oportunizou a visualização das principais interconexões e contrastes entre as grandes categorias do estudo.

**Diagrama 3:** Apresentação das interconexões entre as principais categorias, situando-as dentro dos padrões gerais de significados (análise componencial)

**Domínio 1: responsabilidade pela saúde da família**

Caracteriza o encontro assistencial como um convívio social (ACS + família) ⇒ que requer compromisso ⇒ o senso humanitário desencadeia ações filantrópicas ⇒ trazendo um conflito de papéis nas relações assistenciais ⇒ isto tem uma relação com dever profissional ⇒ há, todavia, pouca autonomia da equipe para a resolução dos problemas de saúde da família.

ética / confiança  
**EQUIPE PSF**



**situação assistencial no domicílio familiar**



**FAMÍLIA**  
ética / confiança

Sente a necessidade de resolução dos problemas de saúde em todos os níveis de assistência ⇒ reconhece que a equipe tem pouca autonomia para resolução dos seus problemas de saúde ⇒ espera da equipe uma atenção profissional ⇒ reconhece a importância do conhecimento e cumprimento dos papéis da equipe ⇒ deseja conhecer os objetivos assistenciais ⇒ reivindica o reconhecimento e valorização do seu papel no processo de cuidar da saúde da família ⇒ espera da equipe uma abertura à diversidade cultural de cuidados à saúde.



## Domínio 2: relações da equipe PSF com a intimidade familiar

Tem uma visão fragmentada da família.

As suas concepções sobre intimidade familiar relacionam-se à ⇒ organização familiar no âmbito social.

Acreditam que o processo de abertura/fechamento da intimidade familiar ⇒ é um exercício da autonomia da família ⇒ onde a equipe não se sente preparada para agir interacionalmente ⇒ onde há baixa resolutividade dos problemas de saúde.

É necessário o respeito pela cultura familiar ⇒ reconhece a importância da identificação dos limites de inclusão dos diferentes membros familiares nos múltiplos níveis de intimidade - para assistir profissionalmente as famílias.

Ante as manifestações de resistência da família, a equipe reconhece que tende a recuar no movimento de aproximação ⇒ as relações de confiança envolvem um jogo de controle pessoal recíproco (entre família e ACS) na vida social (comunidade).

**ética / confiança**

**EQUIPE PSF**



**situação assistencial no domicílio familiar**



**FAMÍLIA**

**ética / confiança**

A intimidade ⇒ é definida culturalmente ⇒ a família reconhece que os limites de inclusão entram na definição e organização das relações familiares ⇒ reconhecem que há diferentes níveis de intimidade - em situações, locais e momentos específicos/diversos na dinâmica familiar.

Acredita que na intimidade são resguardados os problemas mais complexos da família ⇒ identificam a intimidade como um território que está sob a autonomia da família ⇒ reconhecem que a equipe tem pouca abertura à diversidade, acreditam que falta preparo para atuar nesse território e consideram que esse tipo de trabalho requer postura pessoal/profissional e competência profissional.

## Domínio 3: interferência de dificuldades estruturais / institucionais

Acredita que o número de equipes é insuficiente para a demanda assistencial ⇒ isso acarreta condições desfavoráveis de trabalho.

As dificuldades estruturais que ocorrem no sistema de referência e contra-referência ⇒ resultam em baixa resolução dos problemas de saúde da família ⇒ levam ao descrédito do trabalho assistencial.

Identificam a falta de preparo da equipe do PSF para a assistência domiciliar ⇒ há uma indefinição dos papéis dos membros da equipe na assistência domiciliar ⇒ há uma indefinição de objetivos assistenciais no domicílio ⇒ esse conjunto traz consigo um conflito de papéis no âmbito assistencial, no domicílio familiar.

**ética / confiança**

**EQUIPE PSF**



**situação assistencial no domicílio familiar**



**FAMÍLIA**

**ética / confiança**

Identifica as dificuldades no sistema de referência e contra-referência ⇒ o que acarreta baixa resolução dos seus problemas de saúde.

Considera o número de equipes insuficiente para a demanda assistencial ⇒ reconhece o despreparo da equipe do PSF para a assistência domiciliar ⇒ percebe a indefinição dos papéis dos membros da equipe na assistência domiciliar ⇒ constata a indefinição de objetivos assistenciais no domicílio ⇒ passa a desacreditar no trabalho da equipe.

Para obter uma compreensão mais profunda das interconexões dos significados, realizei um recorte das subcategorias constantes nesse diagrama, detalhando as possíveis ligações ou disjunções em relação ao contexto geral do estudo. Passo a exemplificar este trabalho, apresentando uma pequena parte desse exame mais detalhado de uma das subcategorias,

quando se revelou o fluxo da rede das relações de poder nas interações entre família e equipe, e os efeitos desse processo na constituição da família em *sujeito de si* no plano de cuidados à saúde, como mostra o diagrama 4.

**Diagrama 4:** Apresentação das interconexões entre as ramificações capilares das subcategorias, e suas conexões com os padrões gerais de significados (análise componencial)

### A intimidade familiar: organização e efeitos das redes de saber e poder:

A família no espaço da sua **intimidade**



**identifica** um problema de saúde

↓ ⇒ **avalia** se tem condições de resolvê-lo com os **seus recursos**:

↑ culturais / saber popular - religioso - mídia

↑ sociais / rede social de apoio

↑ experiência de vida

↓ ⇒ **constata a necessidade** de uma intervenção profissional ⇒ **sente necessidade de ajuda**



**reconhece a importância** da equipe em seu domicílio e busca estabelecer com ela um **vínculo necessário**



para abordar o problema é necessário que o **espaço da intimidade familiar seja aberto** para a equipe –



**decisão** da família – **regula** a abertura desse espaço:



**condições**



**confiança** + **resolução** do problema de saúde.

### O Sistema de Saúde e as relações assistenciais no domicílio da família:

**Presença predominante de ACS's no domicílio junto à família**

ACS representa o **Sistema de Saúde** perante a família no domicílio



\* baixo nível de **resolução dos problemas de saúde**

\* **indefinição do papel e dos objetivos assistenciais**

\* **não prepara a equipe** para atuar junto à família

culturas de cuidados à saúde (confronto entre saberes)

\* **divergências** entre as próprias **orientações técnicas**

\* **ausência de um projeto coletivo de trabalho** da equipe PSF junto à família

\* **sobrecarga** de trabalho da equipe

### Presença do ACS no domicílio familiar- continuidades e descontinuidades:

**favorece a saúde da família**

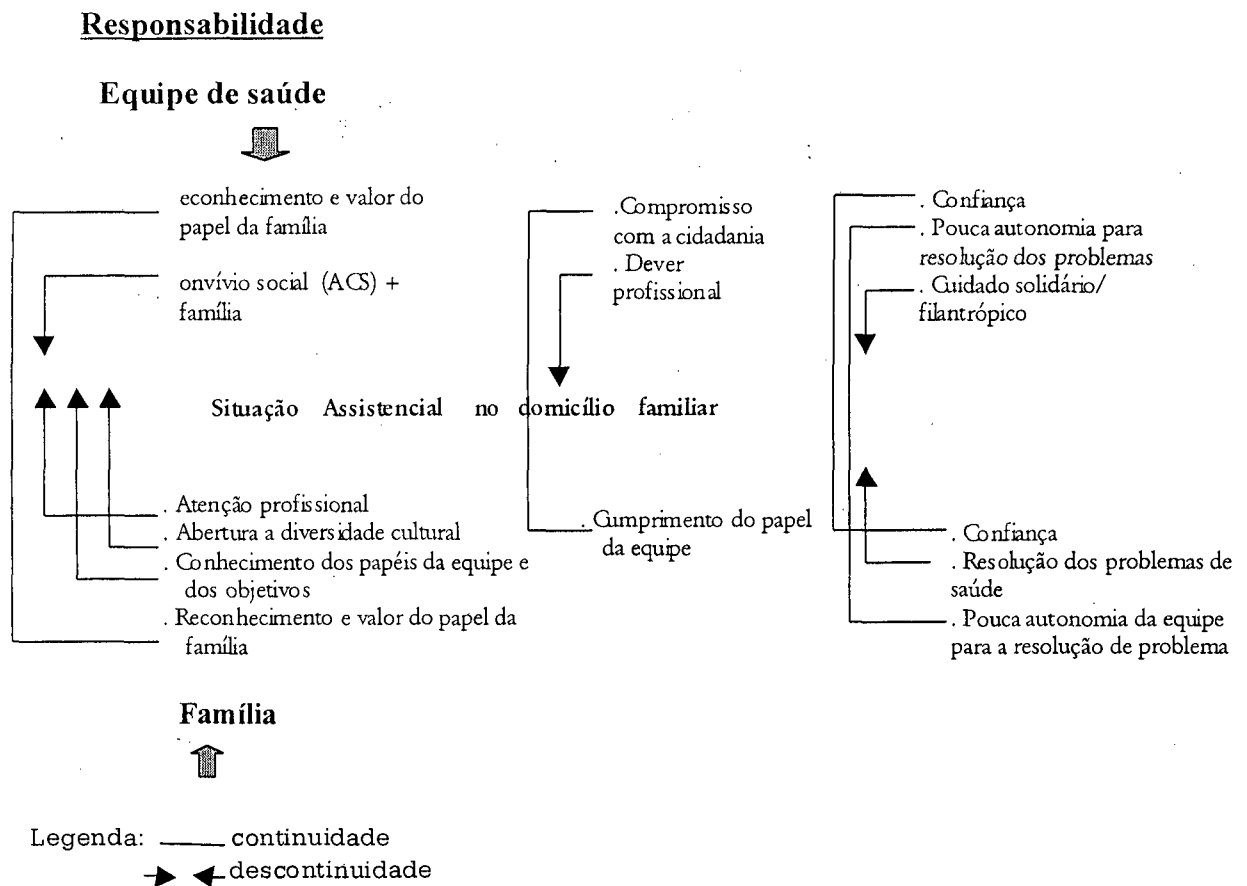
- ⇒ **melhora o acesso** das famílias ao atendimento no CS, principalmente, no acesso às consultas médicas
- ⇒ **trouxe uma certa comodidade** para obter informações sobre data e horários de atendimento, resultados de exames e agendamentos de vacinas

**não favorece a saúde da família**

- ⇒ não tem para a família um **significado necessário**
- ⇒ **ajuda, mas não resolve**
- ⇒ há uma percepção de **falta de objetividade**
- ⇒ não é reconhecido como um **vínculo necessário**

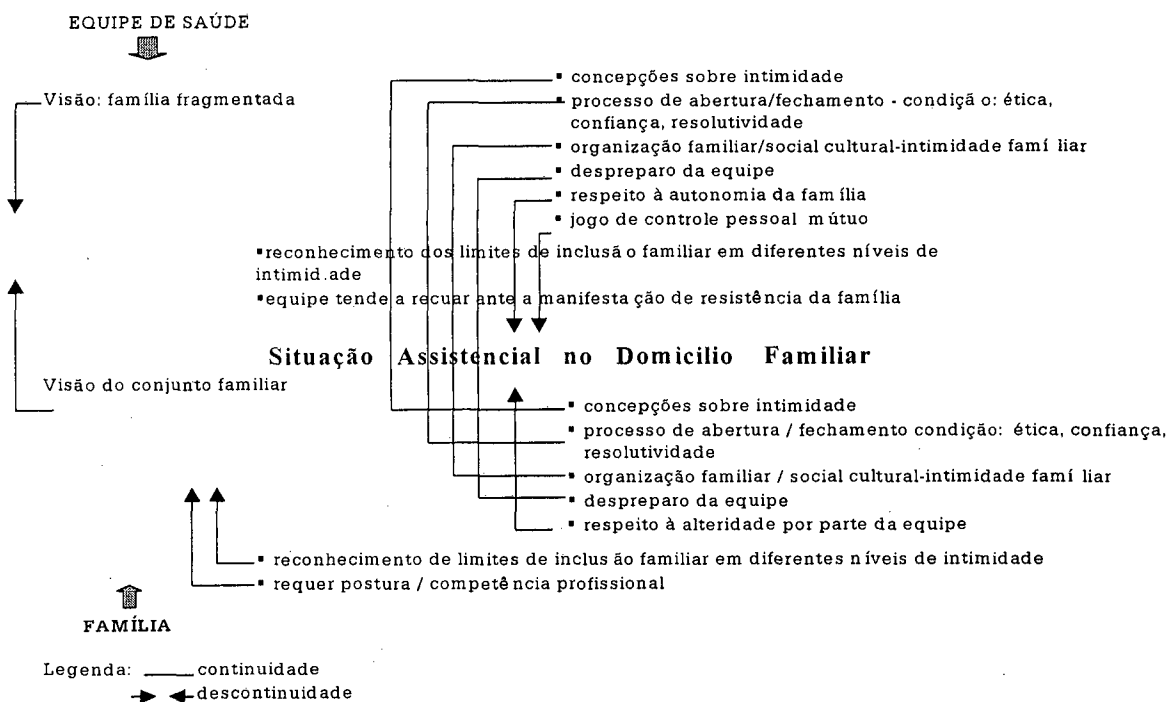
Para melhor compreender essas relações capilares entre as subcategorias, no âmbito geral da temática do estudo, senti a necessidade de aprimorar ainda mais os diagramas 2 e 3, e passei a elaborar uma terceira versão, em que procurei identificar as continuidades e descontinuidades que se revelavam entre as visões da equipe PSF e da família, em relação à assistência domiciliar. Esse refinamento analítico foi aplicado aos seguintes domínios: **responsabilidade pela saúde da família, intimidade familiar e dificuldades estruturais** conforme apresentado no diagrama 5.

**Diagrama 5:** Continuidades e descontinuidades nas visões da equipe PSF e da família em relação à assistência domiciliar (análise componencial)



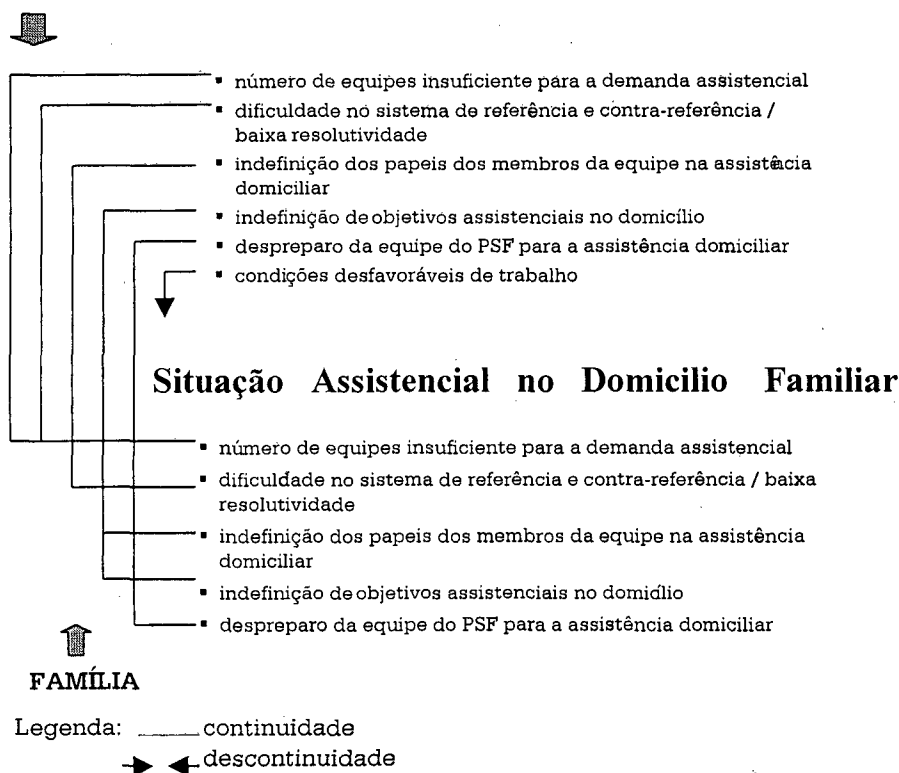
**Diagrama 5:** Continuidades e descontinuidades nas visões da equipe PSF e da família em relação à assistência domiciliar (análise componencial)

### Intimidade familiar



### Dificuldades estruturais

EQUIPE DE SAÚDE



Nesta instância manifestaram-se com maior definição as junções e disjunções nos significados contidos nessas categorias, confrontando as percepções da equipe PSF com aquelas manifestadas pela família.

Para chegar aos **temas universais**, segui a orientação de Spradley (1980) e elaborei o **inventário cultural**. Submeti todo o quadro analítico a uma atenta revisão, incluindo uma releitura do diário de campo e de todas as etapas de análise, buscando visualizar minuciosamente o conjunto do cenário pesquisado.

A identificação de temas recorrentes nos diferentes domínios revelou-me os **temas universais** deste estudo, indicando-me que a assistência à saúde, no âmbito da intimidade familiar, requer um **compromisso ético**  $\Rightarrow$  **preservando a autonomia dos sujeitos, resolutivo, confiável, em torno de uma rede de co-responsabilidades**.

Uma frequência cada vez menor da minha presença em campo caracterizou o processo de **saída do campo**. Nessas ocasiões, já pontuais, eu buscava esclarecimentos necessários para confirmações de determinados aspectos, fazia eventuais contatos com a equipe - noticiando o andamento do meu trabalho - e, ao final, apresentava-lhe, oralmente, os principais resultados da pesquisa.

## **– Capítulo 4 –**

# **O CENÁRIO SOCIAL – UM RECORTE NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Neste capítulo apresentarei o cenário social em que se desenvolvem os encontros assistenciais entre família e equipe PSF, inserido no contexto dos movimentos históricos das relações entre famílias, profissionais de saúde e Estado, sob diferentes configurações sociais. Em um recorte desse itinerário procuro re-contextualizar esse cenário assistencial, evidenciando as relações de poder que perpassam através de táticas, técnicas e instrumentos de intervenção que penetram na esfera social familiar, embrenhando-se na vida íntima da família, normatizando a existência dos indivíduos.

## **4.1 A RE-CONTEXTUALIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIAS, PROFIS- SIONAIS DE SAÚDE E ESTADO, SOB DIFERENTES CONFIGURAÇÕES SOCIAIS**

O encontro assistencial no domicílio abarca, de um lado, o ambiente familiar onde ocorre o ato assistencial em si; lá está a família – no papel<sup>1</sup> de anfitriã, recebendo a equipe em seu ambiente interior. Do outro lado se encontra a equipe PSF, representante institucional, sendo o ACS a presença marcante no encontro assistencial, que ingressa na esfera privada familiar, estrategicamente, com a atribuição de atender as orientações de uma programação de saúde: identificar as suas características sociais e o seu perfil epidemiológico, atendendo o

---

<sup>1</sup> Berger e Luckmann (1985, p.82, 101) esclarecem que os papéis sociais são: [...] *coleções de ações reciprocamente tipificadas, tornadas habituais* [...] para os atores sociais. Um sentido objetivo, socialmente atribuído, está contido na tipificação do desempenho ou formas de ação; assim, o indivíduo e o outro podem ser compreendidos como executantes de ações objetivas. No desempenho de papéis o indivíduo participa de um mundo social e, interiorizando esses papéis, este mundo torna-se subjetivamente real para ele; e é através dos papéis que as instituições se incorporam à experiência dos indivíduos.

princípio da co-reponsabilização pela sua saúde. A esta última é atribuído o papel de visitante. Instala-se aí o cenário do encontro assistencial - esse contexto complexo que abarca os significados e as relações que aí são construídas.

Para descrever, contextualizar e compreender a dinâmica interacional que é construída entre equipe PSF e família nesse cenário, faz-se necessário situar ambas as partes no contexto das realidades: a *de dentro*, que encerra a interioridade familiar, e a *de fora*, em que se encontram os representantes do Sistema de Saúde, a equipe PSF. O encontro dessas duas realidades requer, por princípio, a análise das suas relações – do trânsito e do movimento de contração, expansão e inter-relação de suas fronteiras. É, portanto, um campo permeado por relações complexas, e densamente impregnado por uma aura simbólica. A realidade *de dentro* - compreendida como o âmbito da intimidade - e a *de fora* - situada na esfera social abrangendo as questões públicas - são duas realidades históricas, construídas socialmente, com diferentes sentidos ao longo dos tempos. Por esse motivo, introduzo nesse capítulo alguns elementos relacionados ao desenvolvimento histórico da relação entre o público e o privado, o íntimo e o social, procurando identificar o sentido dessa relação em diferentes configurações sociais ao longo da história. Dentro dessa perspectiva procuro decompor as intervenções do poder público no campo privado familiar, desdobrando o caráter histórico da normatização da saúde da família.

A realidade de dentro, compreendida como aquela da vida cotidiana familiar, designada por Berger e Luckman (1985) como a *realidade predominante*, contém, em si, a realidade mais próxima - a *zona da vida cotidiana*. Esta é acessível, de maneira direta, à manipulação corporal, onde é possível intervir e, conseqüentemente, modificá-la. Isso significa que a atenção que está em foco, nessa dimensão, está voltada para aquilo que se faz, fez ou planeja fazer. É o lugar onde se vive, estruturado espacial e temporalmente, isto é, delimitado geograficamente e constituído de uma teia de relações humanas, em diferentes graus de aproximação e distanciamento – é um mundo intersubjetivo. Essa realidade se organiza em torno do *aqui* - do corpo, e do *agora* - do presente. Todavia, também abarca fenômenos que não estão, diretamente, presentes aqui e agora. Existe, entre aqueles que compartilham essa realidade *de dentro*, uma certa correspondência de significados; o conhecimento do senso comum é a âncora que orienta as rotinas da vida cotidiana podendo, entretanto, ser incorporados outros conhecimentos e habilidades. Quando comparadas à realidade cotidiana, outras realidades podem aparecer em campos finitos de significação. A transição entre duas

realidades pode ser explicada, metaforicamente, através de uma situação teatral: a suspensão e descida do pano de um palco. Quando o pano é levantado, o espectador é:

[...] *“transportado para um outro mundo”, com seus próprios significados e uma ordem que pode ter relação, ou não, com a ordem da vida cotidiana. Quando o pano desce, o espectador “retorna à realidade”, isto é, à realidade predominante da vida cotidiana.* (BERGER; LUCKMAN, 1985, p.38-43).

...elas se prendem **dentro do mundinho delas**; são pessoas que têm medo de enfrentar a **realidade lá fora**. Ela vê **naquele mundinho dela fechado** e tem medo de **enfrentar a realidade lá fora**. Se você conhecer a **realidade dela** e se você conseguir que ela se abra pra você – que você **possa entender o lado dela**. (Fam. VC em 20/09/02).

Esse mundo fechado, resguardado da realidade *de fora* da qual a equipe PSF se aproxima para compreender *o lado* da família - é esta área particular:

[...] *esta zona de imunidade oferecida ao recolhimento, onde todos podemos abandonar as armas e as defesas das quais convém nos munir ao arriscar-nos no espaço público; onde relaxamos, onde nos colocamos à vontade, livres da carapaça de ostentação que assegura proteção externa. Este é o lugar da familiaridade. Doméstico. Íntimo.* (DUBY, 1989, p.10).

No encontro dessas duas realidades, em uma situação assistencial no domicílio da família, que é, por excelência, o lugar *de dentro*, o *locus* de sua intimidade, é preciso compreender que a equipe PSF é a representante oficial e legitimada do universo público. Assim, ela faz parte dessa realidade exterior, compreendida como o *próprio mundo* – que é comum a todos *e diferente do lugar que nos cabe dentro dele*. A esfera privada, o nicho doméstico familiar, abarca o mundo da vida íntima, [...] *as paixões do coração, os pensamentos da mente, os deleites dos sentidos* [...] que estão numa espécie de câmara incerta e obscura, até que possam ser transformados, desprivatizados e desindividualizados, ou seja, *adequados à aparição pública*, através das narrativas. Na convivência entre esses dois mundos, há certas coisas que precisam ser ocultadas e outras que devem ser expostas em público para que passem a adquirir uma forma de existência (ARENDT, 2000, p.59-60, 84).

De acordo com essa autora, conviver no mundo *de fora* implica em ter, continuamente, uma série de coisas interpostas entre aqueles que o habitam de maneira comum; ou seja, uma condição intermediária em que há um movimento de aproximação, que estabelece as relações entre as pessoas e, por outro lado, esse mesmo mundo exterior tende a impulsionar o distanciamento entre elas. A nossa percepção da realidade depende da existência desse mundo público onde as coisas, os fatos possam aparecer ou emergir, [...] *resguardada, até mesmo a*



*meia-luz que ilumina a nossa vida privada e íntima*, que também, em última instância, deriva [...] *da luz muito mais intensa da esfera pública*. É na esfera pública que a condição humana da pluralidade adquire forma, através da convivência entre as pessoas e onde, por meio do diálogo e da argumentação, gera-se o poder. O âmbito privado caracteriza-se pela força, que é indivisível, não partilhada com outrem, todavia passível de controle, pela presença dos outros. A força individual, com sede no mundo privado, tem maiores possibilidades de enfrentar a violência do que o poder, por meio da auto-suficiência e do afastamento do mundo, de modo a preservar intacta a integridade do indivíduo. A presença dos outros, no âmbito privado, significa uma limitação da força e da violência que ali sobrevivem. Arendt esclarece que o termo *privado* pode ter seu significado relacionado à *privação*, quando analisado em relação à esfera pública, em que se concebe que o ser humano privado é aquele que *não se dá a conhecer*. Portanto, para o mundo público é *como se não existisse* [...] *sem importância ou consequência para outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros* (ARENDT, 2000, p.61-68).

Esse espaço particular e resguardado, a realidade *de dentro*, que é o mundo privado da família, é compreendido atualmente como um círculo de intimidade. O ingresso do setor público nessa arena passa a ser legítimo, ou seja, a presença do olhar profissional na intimidade da família faz sentido no momento em que ocorre uma ampliação do poder político de argumentação no diálogo entre a família e a equipe PSF. Por outro lado, a presença do poder público no domicílio familiar passa a ser legítima, quando transforma o território oculto em um espaço de aparência com a finalidade de controlar o uso abusivo da força e o exercício da violência. Esse trânsito entre a legitimidade e a ilegitimidade do olhar profissional sobre a intimidade familiar é, talvez, um dos maiores desafios éticos a ser enfrentado pelos profissionais na assistência à saúde das famílias. O risco de tornar indevidamente aparente aquilo que, de direito, deve permanecer na obscuridade do recolhimento familiar está sempre presente e, da mesma forma, a temeridade de aproximar-se dos assuntos íntimos pode escamotear aquilo que, obrigatoriamente, deve aparecer para poder ser controlado e até impedido.

Essa constante relação entre público e privado teve diferentes conotações nas diversas configurações sociais; a esfera privada, praticamente inexistente na civilização grega, adquiriu nos últimos estágios da civilização romana o sentido de *privativo*, o que quer dizer que, literalmente, o ser humano se privava de algo. Isso significa que alguém que vivesse unicamente no âmbito da sua privacidade, como era o caso dos escravos, não teria

participação alguma no mundo público, portanto não era inteiramente humano na sociedade, e não possuía uma identificação existencial no mundo. Na modernidade, com o enaltecimento do individualismo, a privacidade passou a ter o significado maior de *proteger aquilo que é íntimo*; não exatamente no sentido oposto ao mundo político, como compreendiam os romanos na antiguidade, mas em oposição à esfera social (ARENDT, 2000).

A intimidade, tal como a definimos hoje em dia - o espaço reservado ao recolhimento pessoal, particular, interior - foi uma prerrogativa da burguesia até o início do século XX, quando a classe operária passou a dar um valor maior à moradia do que à cidade, reivindicando a privatização do espaço. Perrot enfatiza que: *Estar entre suas paredes é para o operário, antes de tudo, não estar entre as paredes dos outros e, em sua casa, poder ser ele mesmo*. Surgiu, nessa época, um crescente desejo de intimidade familiar nesse meio; as pessoas começaram a sentir-se bem em casa, em seu ambiente íntimo, com relativo conforto - exigindo o direito de usufruir o seu espaço (PERROT, 1988, p.101; 1991, p.319-20).

A reorganização do espaço doméstico diz respeito à reestruturação da própria família. Na Idade Média, a existência densa e coletiva das pessoas, em um corpo social único, não oferecia um lugar para a privacidade: *o movimento da vida coletiva arrastava numa mesma torrente as idades e as condições sociais, sem deixar a ninguém o tempo da solidão e da intimidade. A família cumpria uma função – assegurava a transmissão da vida, dos bens e do nome – mas não penetrava muito longe na sensibilidade, ela se configurava em uma unidade econômica. A família moderna (final do século XVIII) reorganizou-se em torno da criança, retirando-a da vida em comum, passando a erguer, entre ela e a sociedade, o muro da vida privada, correspondendo a uma necessidade de intimidade e, também, de identidade. Nessa nova configuração familiar, os seus membros uniram-se em torno de sentimentos, costumes e modo de vida. Essa ascendência moral da família instalou-se mais rapidamente na burguesia do que nas classes populares<sup>2</sup>, mas de um modo geral, em toda parte a intimidade da vida privada passou a ocupar um lugar de destaque (ARIÈS, 1981, 274-6).*

---

<sup>2</sup> Sob um olhar que conectava a moral com a economia, houve uma vigilância redobrada a respeito de todos os detalhes da vida da família de classe popular. Dentro do espírito da beneficência filantrópica, a família não burguesa era discriminada e rotulada conforme as categorias: *indigente factício* e *verdadeira pobreza*, no sentido de reconhecer a *verdadeira indigência* e tornar a esmola um recurso útil para os “reais necessitados”. O objetivo dessa estratégia foi atrelar a distribuição dos socorros a uma profunda investigação sobre as necessidades das famílias; nesse sentido, justificava-se a irrestrita penetração e devassa na vida das pessoas “mais pobres”. Em 1820, o Baron de Gérando apresenta o *Manuel du visiteur du pauvre* (Manual de visitas dos pobres), indicando meios técnicos para reconhecer, no ambiente familiar, a verdadeira condição de indigência. (DONZELOT, 1986, p.66-67)

Dentro dessa nova configuração a família passou a desempenhar o papel de educadora, formadora de uma consciência moral, em que, particularmente, as mulheres assumem um espaço de destaque no cenário do lar: a *dona-de-casa* – a quem cabe a gestão da vida cotidiana e, que é na sociedade do século XIX, uma figura importante e, relativamente, nova (PERROT, 1988).

Como diz Ariès (1991), essa transformação dos significados, espaços, relações e papéis na história da vida privada trouxe consigo uma significativa mudança na sociabilidade; em substituição à *sociabilidade anônima* – que ocorria na praça, na rua, na comunidade, no pátio dos castelos, instalou-se uma sociabilidade restrita – na família.

Ainda que pautada na sensibilidade, no afeto e na moral, essa nova disciplina familiar atrelou o indivíduo a uma severa vigilância; sob formas educativas, ela assumiu a gestão dos corpos e das almas – instalou-se aí um rígido controle social. A disciplina entrou na vida cotidiana das famílias, substituindo as normas de civilidade<sup>3</sup> que no século XVI traduziram o esforço de uma codificação social, com vistas ao controle dos comportamentos. Revel (1991) explica que, nesse caso, a linguagem do corpo, as normas de decoro, destinavam-se aos outros que deviam poder captá-las. As regras de civilidade projetavam os indivíduos para fora de si mesmos, expondo-os à aprovação ou sanção do grupo e, por isso, acredita Ariès (1981), constituíam-se em estratégias para limitar ou até mesmo negar a vida privada. Diz o autor: *Naturalmente podemos compreender essas duas histórias opostas como as duas faces inseparáveis de um mesmo processo que, a longo prazo, conduz a uma reorganização em profundidade das formas da experiência social.* Revel analisa o processo de civilização – no bojo das transformações sociais – e acredita que as estratégias de implantação e reprodução das normas sociais contenham, em sua unidade orgânica, por princípio que: *a interiorização individual da regra que lhe confere a sua maior eficácia. A disciplina coletiva torna-se, assim, objeto de uma gestão pessoal e privada.* (REVEL, 1991, p.170).

<sup>3</sup> Ariès (1981, p.245) esclarece que o termo *civilidade* tinha, no século XVI e XVII, um significado próximo ao que hoje compreendemos como *conhecimento da sociedade*; a palavra *civil* tinha uma certa equivalência ao significado atual de *social*. Assim, *um ser civil era um ser social*. Elias (1990), em seu estudo sobre a história dos costumes na Idade Média, analisa a interiorização dos comportamentos considerados *naturais* como um processo desenvolvido e adquirido socialmente. Elias mostra como os “manuais de aconselhamento sobre boas maneiras” regravam os modos e costumes para que pudessem se tornar socialmente aceitáveis. O autor analisa a passagem do conceito de *cortesia* para *civilidade*: enquanto a primeira traduz-se por uma *finesse* na atitude, denotando uma disponibilidade favorável em servir o outro, despertando sentimentos de confiança e afeto, a segunda tem uma conotação mais racional – e constituiu-se em uma expressão de designação social, com grande conotação de significado para o mundo Ocidental e uma pretensa superioridade social.

Construídas historicamente, as normas sociais passaram a reger a vida e a intimidade das famílias; estabeleceram-se as boas maneiras de falar, andar, comer, dormir, amar, vestir, higienizar-se, enfim, de viver. Em nome da saúde, muitas regras sociais passaram a ser enaltecidas, a exemplo do tratado de Erasmo, que ditava os costumes medievais, como mostra Elias (1990). Muitos desses costumes diziam respeito a regras de higiene: no ato de comer, lavar-se, tratar os dejetos humanos, reprimir os impulsos instintivos - como um imperativo social. O senso do que fazer e do que não fazer, no intuito de não chocar o outro, era acompanhado por uma grande compulsão de policiar o próprio comportamento – elevando o patamar do embaraço, do constrangimento e da vergonha, frente à infração da norma social. Elias esclarece que em um dado momento, quando foram percebidas as suas conexões causais, as condutas reconhecidas como *higienicamente corretas* adquiriram mais consistência e eficácia. Expressões como: o anti-higiênico e o prejudicial à saúde demonstravam, de certo modo, a introdução do pensamento higiênico, sem contudo modificar as condições afetivas e o grau de sensibilidade para com o assunto. Mas o autor chama atenção para o fato de que essas *razões higiênicas, passam, então, a desempenhar um papel importante nas idéias dos adultos sobre o que é civilizado e, em geral sem que se perceba que relação elas têm com o condicionamento das crianças que está sendo praticado.* (ELIAS, 1990, p.140). Instalou-se, assim, o controle social travestido de um argumento racional, e em lugar da vergonha e do embaraço surgiu o medo à ameaça da razão científica, que passou a assumir um caráter punitivo.

A educação higiênica, como uma ação educativo-terapêutica, passou a ser tratada como uma norma familiar, sob o poder e júdice da ordem médica. Nesse novo modelo, a família passou a conviver constantemente com a presença das intervenções disciplinares através dos agentes de normalização, despolitizando o seu viver cotidiano. No Brasil, esse fato se instalou, com maior evidência, no século XIX, quando o Estado herdou da administração colonial a desordem urbana e o caos sanitário. Com base em antigas técnicas de submissão, da formulação de novos preceitos científicos, surgiram as táticas de intervenção ou técnicas de higienização das populações e, sob a égide da salubridade, fundamentou-se o trunfo da superioridade médica, congregando-se, de uma maneira harmoniosa, com os interesses da elite agrária. O Estado buscou, então, uma aliança com a família, instituiu a medicina social como um instrumento de controle do poder familiar e, para isso, criou um dispositivo com o nome de higiene familiar. Inegavelmente ocorrem benefícios com os avanços científicos da higiene, o que, por sua vez, facilitou a operacionalização da ação política. Nesse contexto, a

higiene foi direcionada exclusivamente à elite, ficando a família escrava, caracterizada como anti-norma<sup>4</sup>, sujeita ao código da punição (COSTA, 1999).

Esse autor explica que a família projetada, no ideal dos higienistas, era perfeitamente manipulável, acreditando-se, no entanto, respeitada. À renúncia dos antigos privilégios, seriam oferecidos novos benefícios; ela promoveria a sua auto-regulação, transformando os seus membros, um a um, em agentes da saúde individual e estatal. Aprendia-se a conservar a vida para colocá-la a serviço do Estado. Em nome da saúde da alma, re-iluminando os antigos valores religiosos, os médicos obtiveram o salvo-conduto para insinuar-se no interior do mundo privado familiar. Nessa empreitada eles levavam consigo os novos significados da higiene – e, com esta manobra, lançavam-se as novas técnicas de intervenção na vida privada.

Surgia, assim, uma das maiores conquistas do movimento higienista – o médico de família, que se demonstrava uma pessoa flexível e versátil e que, não apenas monopolizava as proibições, mas também distribuía muitas responsabilidades. A cada intervenção normativa, o médico de família encaminhava e regulava novas ações de controle – expandindo cada vez mais a área de invasão nos interstícios da intimidade familiar. O domicílio passou a configurar-se, daí por diante, em um local sujeito à permanente inspeção de saúde, controle de enfermidades e militância moral. A *casa higiênica* representou um dos maiores aliados da medicina no controle entre indivíduos e famílias. A moradia asséptica *era condição de existência do recém-nascido, da mulher e da recém-descoberta criança*. Continuando com Costa, que afirma: *Encarregando-se do continente familiar, os médicos ganhavam terreno, ocupavam espaços vazios, tentavam apresentar-se como úteis, necessários, indispensáveis à sanidade de todos os locais físicos e sociais do universo familiar*. (COSTA, 1999, p.115,120). O âmbito secreto da família era, nesse momento, visitado pelo médico de família, que cuidava dos seus corpos e também das suas almas; Vincent (1992) nos diz que *ao longo do século XIX os médicos são mais da família do que do doente* e, traz a contribuição de F. Muel-Dreyfus que descreve a relação dos médicos com a vida da família nas seguintes palavras:

*Conhecimento por dentro, conhecimento de dentro do universo físico da vida doméstica, de seus segredos, suas dificuldades, seus sentimentos. Tudo é apresentado em bloco ao olhar do médico, que é perspicaz porque já sabe tudo; a posição social da família, seus reveses ou suas ambições, sua 'situação' como dizem, mas também seus problemas íntimos, as decepções, as preocupações, os*

<sup>4</sup> O escravo, na condição de não livre, sem o acesso ao direito burguês, tornou-se um empecilho para o projeto de articulação entre o sujeito social e o sujeito da disciplina; poderia significar uma resistência ao poder normalizador. A estratégia médica inverteu, então, o seu valor: de “animal” útil ao patrimônio e à propriedade, ele tornou-se “animal” nocivo à saúde. Seu lugar disciplinar foi, desse modo, garantido. Ele era apresentado como a fonte das doenças orgânicas e das imoralidades – tornou-se o veneno que a família absorvia. (COSTA, 1999, p.121-122).

*amores, os gostos artísticos e os desgostos de viver.* (F. MUEL-DREYFUS, apud VINCENT, 1992, p.325).

Donzelot (1986, p.24) acredita que a aliança entre o médico e mãe, no espaço da intimidade familiar, reproduziu a distância, de origem institucional, entre o homem de saber e o nível de execução dos preceitos atribuído à mulher: assim, o médico prescrevia e a mãe executava os cuidados. Os papéis entre eles deviam permanecer claramente diferenciados; todavia, eles se completavam. Isso se estabeleceu como um contraponto à antiga medicina doméstica desenvolvida pelas mulheres e fundada na tradição, denominada “*remédio de comadre*”, desprezada pelo meio acadêmico. Nessa ordem incluíam-se os cuidados com o parto, as doenças das parturientes e aquelas que ocorriam na infância – eram “*coisa de comadre*” – portanto, assimiláveis às domésticas e às nutrízes<sup>5</sup>. Assim, em aliança privilegiada com a mãe, o médico de família desejava derrotar a hegemonia da medicina popular das comadres, e concedeu à mulher burguesa, sua interlocutora, um novo poder na esfera privada.

Essas mulheres passam a dedicar-se muito mais aos filhos, em relação a gerações anteriores, amamentando-os, vigiando-os, vestindo-os e banhando-os, estritamente conforme a ordem médica<sup>6</sup>. A família moderna passou a recolher-se, então, ao seu interior, à intimidade, agregando-se em torno dos filhos e centrada, especialmente, na figura da mãe – que é responsável pela saúde da família, pelas suas almas; ela, que é a sagrada “*rainha do lar*”, assumiu, no entanto, um papel mais precisamente científico.

Esse autor nos mostra que o processo de intervenção nas famílias de classes populares ocorria através de estratégias diferentes, porque os problemas nessas famílias eram outros, ainda que, aparentemente, se tratavam das mesmas preocupações – a garantia da saúde das

<sup>5</sup> Donzelot (1986, p.34) refere que a mãe de classe popular constitui-se em nutriz a partir da Lei sobre a “*vigilância das nutrízes*”, em 1874, em que surge o *modelo da nutriz mandatada pelo Estado*; em lugar de mãe, ela é nutriz, sob a vigilância do Estado.

<sup>6</sup> Badinter (1985, p. 214) relata que essa nova mãe, que pertence à classe média e à burguesia, procura seguir as normas médicas e foi bastante influenciada pela literatura da época, que não poupava conselhos sobre a melhor maneira de criar os filhos. Entre estas obras, a autora destaca *Émile de Rousseau*, que foi considerado o mestre nessa arte e que a maioria das mulheres desejava parecer “*esclarecida*”, *ser a mãe sonhada por Rousseau, educar os filhos “à Jean-Jacques”*. Badinter apresenta um depoimento, de Madame d’Épinay, que demonstra, enfaticamente, a sua adesão aos novos valores, fazendo questão de mostrar-se orgulhosa por amamentar seu bebê, de não cobri-lo e habituá-lo ao banho frio. *Atesta J.L Fourcroy de Guillerville, que escreve em 1774: “Continuamos no inverno seguinte, um dos mais rigorosos que experimentamos desde 1709, a lavar meu filho, da cabeça aos pés, com água que nos gelava a ponta dos dedos, sem que ele nem pestanejasse. Era levado a passear todos os dias, mesmo que a terra estivesse coberta de neve e que ele não estivesse mais vestido do que no verão, o que fazia tremer os que viam... Nosso filho não teve catarros, nem defluxos, nem coqueluches, adquiriu uma flexibilidade e uma agilidade surpreendentes, com uma saúde inalterável e um tal vigor que corria sozinho aos dez meses.” (Les enfants élevés dans l’ordre de la nature, Paris, 1774, p.39).*

crianças através de preceitos higiênicos. A economia social conferia um tom diverso à prática interventiva nesse contexto – a finalidade maior era restringir os abandonos das crianças, *controlar as uniões “livres” (concubinato), impedir linhas de fuga (vagabundagem dos indivíduos, particularmente das crianças)* – com o estabelecimento de uma vigilância direta e ostensiva. Multiplicaram-se, então, as leis de proteção à infância e surgiu, nesse meio, o processo tutelar, aliando os propósitos sanitários e educativos às estratégias de vigilância da economia e da moral – reduzindo, significativamente, a autonomia familiar nas classes populares (DONZELOT, 1986, p.27).

Em meio a essa dinâmica social, encontramos no Brasil um cenário repleto de epidemias e sanitarismo, intervenções e resistências. As manifestações populares contra campanhas de vacinação obrigatórias<sup>7</sup> e, também, de higienização dos domicílios, foram exemplos disso.

Nessa época, o poder da autoridade médica legitimou, perante as famílias, a presença dos agentes sanitários, desinfetadores, caça-mosquitos, que nas palavras de Wissenbach (1998, p.108) [...] *expressavam a intervenção do poder público nas moradias populares.*

Marins (1998) diz que no controle dos espaços privados, as práticas sanitárias, em nome da consagração da medicina científica, expulsaram do meio social, além da pobreza e da miséria, as atividades tradicionais das famílias, como por exemplo, o curandeirismo. Nesse movimento, as famílias foram destituídas dos pudores da intimidade, da idéia de propriedade privada e, também, das suas tradições religiosas:

*[...] tudo era exíguo diante das seringas de vacinas, ou dos inspetores sanitários que violavam a intimidade dos lares de todos os segmentos sociais. Devassavam-se corpos, casas e quintais, em razão da imperiosa imposição oficial de eliminar a varíola, a febre amarela e a peste. A privacidade devia ser estimulada, desde que se adequasse aos interesses da esfera pública, trespassada por interesses particulares dos que ditavam as regras políticas e sanitárias [...].* (MARINS, 1998, p.144).

No Brasil, na década de 40 emergiu a política de amparo ao trabalhador e à sua família, assegurada pelas leis do salário mínimo, salário-família, licença-maternidade, auxílio-

<sup>7</sup> Wissenbach (1998, p.11) nos traz uma narrativa da época, que ilustra como a vacina contradizia as concepções tradicionais das enfermidades e como a sua obrigatoriedade podia significar uma ameaça: *Colhida entre as narrativas populares que se fixaram na memória dos moradores de Santo Amaro, conta-nos Frederico Lane a história de um caipira rebelde que, diante de um destacamento policial que o fora buscar para ser vacinado, protegia com ameaças a sua integridade bem como a de sua família: “Avistando os soldados, o homem, certo de que defendia seus direitos, trancou a família dentro de casa e encostando-se na parede da frente, armado de afiadíssima foice, gritou: ‘Meceis pôde me vaciná. Mais eu também vacino argun de foice’”.*

natalidade, entre outros. Na sociedade industrial, nas classes operárias urbanas o trabalho da mulher passou a ser necessário para o sustento da família e, nas palavras de Muraro, a família, de uma unidade de produção e reprodução passou a configurar-se em um *locus de reprodução da força de trabalho* (MURARO, 1992, p.154). Todavia, a mulher de classe média, segundo essa autora, ocupava um grande destaque nas estatísticas de ocupação urbana e vivia em um estilo conservador, desempenhando o papel de mãe de família, dona-de-casa, defendendo os tradicionais valores da sexualidade, da educação, da política e da economia. Nas classes dominantes, a família caracterizava-se pela concentração do capital e a mulher mantinha-se submissa ao marido, para assegurar a posição, a riqueza e o poder.

A família contemporânea brasileira pode ser definida como uma comunidade - unida pelo vínculo afetivo - onde perpassam relações de amor, compreensão e solidariedade, como referem Centa e Elsen (1999). Essas autoras consideram que a solidariedade é uma característica mais forte nas classes populares; já a família de classe média se organiza em torno de um viver mais individualizado. Citando Bilac (1995), as autoras mostram que a individualização da mulher através da política, do trabalho, das relações, da instrução, entre outras, faz parte dos novos desafios enfrentados pela família. Os papéis conjugais já não são rigidamente demarcados, há uma tendência à preservação da autonomia individual e de autoridade compartilhada. Dentre os aspectos positivos da vida a dois, incluem-se: intimidade, cumplicidade, privacidade e diálogo (CENTA; ELSSEN, 1999).

Se considerarmos a família como uma unidade social, situada e relacionada em uma comunidade, assumindo, por sua vez, as próprias características comunitárias, acredito, à semelhança de Sennet (1988), que ela tenha uma identidade coletiva em torno do sentido de “*nós*” *somos*, ou seja, é mais do que um conjunto de pessoas que se encontram agrupadas em torno dos mesmos costumes, comportamentos ou atitudes - com relação a outras pessoas. Considero que aí se encontra um sítio de resistência da família, marcado pelo desejo de autonomia, imprimindo “o seu jeito” no viver do dia-a-dia, “fazendo as coisas a seu modo” – uma maneira de marcar a identidade do grupo familiar. Como explica Arendt (2000), essa proximidade vivencial gera as potencialidades de ação; quando as pessoas estão e convivem com as outras, elas revelam, ativamente, as suas identidades pessoais e singulares; elas tomam iniciativas, elas governam. Arendt esclarece que essa ação humana se dá em cadeia. Isso quer dizer que a ação dos seres humanos atua sobre outros seres humanos que, por sua vez, também são capazes de agir; assim, a reação, além de ser uma resposta, é compreendida como uma nova ação – que tem o poder de atingir e afetar os outros. Podemos compreender a



família, então, como essa potencialidade de convivência, com o poder de agir e desafiada a interagir com a pluralidade humana através do diálogo; isto não no sentido de reduzir o poder, mas sim, de dividi-lo com outros. Essa dinâmica interacional familiar revela a face pública desse grupo social, como um reservatório de potencialidades e uma unidade de geração de poder. Dentro desse conjunto, no entanto, são resguardados os espaços individuais de intimidade que abrigam a força, naquilo que não é exposto e nem comunicado, distante do mundo das aparências, da luz social e do olhar da lei. Sennet, por sua vez, acredita que hoje em dia predomina a crença de que [...] *a aproximação entre as pessoas é um bem moral*. Há uma grande aspiração de:

[...] *desenvolver a personalidade individual através de experiências de aproximação e de calor humano para com os outros. O mito hoje predominante é que os males da sociedade podem ser todos entendidos como males da impessoalidade, da alienação, da frieza.* (SENNET, 1998, p.317).

Isso, segundo o autor, constitui a ideologia da intimidade que *transmuta categorias políticas em categorias psicológicas*. Nesse refúgio onde as pessoas buscam encontrar os seus significados pessoais e, muitas vezes, um princípio de ordem na percepção da personalidade, o “eu” não diz mais respeito ao homem como um ator ou como um criador, mas ele passa a ser visto na perspectiva das intenções e das possibilidades. Nas palavras de Sennet (1988), isto significa o seguinte: o que importa é como a pessoa se sente a respeito daquilo que fez e não, aquilo que fez realmente, ou seja, em relação à ação propriamente dita. Nesse sentido, o autor compreende a civilidade, da forma como é abordada por Elias (1990), como uma atividade protetora das pessoas em relação ao outro, situação em que passa a ser essencial o uso das máscaras sociais. Civilidade, nesse caso, é tratar os outros como estranhos, forjando um laço social sobre essa distância social. Mas Sennet alerta que no contexto das relações sociais, atualmente, há fortes manifestações de incivilidade no sentido de uma *perversão da fraternidade*, que se instala quando as relações familiares e comunitárias se estreitam, constituindo o *sentimento fraterno*, e adquirem um caráter de exclusão em relação aos intrusos à rede familiar: forasteiros, desconhecidos e dessemelhantes. Isso leva a crer que o processo de compartilhar fica centralizado nas decisões sobre quem deve ou não pertencer a ela, ou seja, definir, exclusivamente, quem pertence à *realidade de dentro* e quem faz parte da *realidade de fora*.

Em nosso meio, como diz Costa (2002, p.3), em que [...] *essa intimidade ainda é um ideal moral dos privilegiados* [...], as condições de vida e de trabalho de uma grande parte das famílias brasileiras expostas à miséria, fome e outras privações sociais, distancia-as, sobremaneira, do ideal romântico de um doce refúgio – conforto, aconchego e calor do lar. As suas condições sociais oferecem-lhes uma convivência muito próxima com as mais diversas formas de violência, aprendendo desde muito cedo na vida a experimentar sentimentos de insegurança e de temor, que passam a ser as suas companheiras no dia-a-dia de sua existência. Uma forma de proteger-se é buscar o refúgio no individualismo, chegando à beira da solidão e do isolamento social. Com isso, fragmentam-se os laços solidários com a comunidade, fragilizam-se as relações intrafamiliares e, muitas vezes, o próprio ato da violência passa a ser reproduzido no meio familiar, abrigando-se na obscuridade da intimidade. Assim, tanto quanto um núcleo formador social e de saúde, o ambiente familiar também pode ser palco de grandes conflitos e difíceis negociações – é, geralmente, entre quatro paredes que ocorrem as barbáries, as violências domésticas e outros comportamentos concebidos na ordem dos desvios sociais. Entre essas *anomalias sociais*, incluem-se a pobreza, a loucura, a drogadição, determinadas doenças, entre outras que, escondidas na intimidade, são abrigadas do olhar de fora, da intervenção social. Para Giddens, o *desvio* foi constituído socialmente e, ao mesmo tempo, afastado dos territórios de atividade social através do *processo de sequestro* – uma forma de repressão que traz consigo o mecanismo da vergonha, entrelaçado com a ansiedade da culpa (GIDDENS, 1993, p.192-4). Isso significa que, quando o espaço da intimidade abarca os desvios sociais, a presença próxima e reveladora do olhar estranho - de fora - da lei, cria um campo de grandes conflitos, imerso em um jogo de culpa, vergonha e ansiedade.

Na contemporaneidade, a presença normatizadora do médico de família no domicílio foi substituída pelo clínico geral, com o deslocamento do *locus* assistencial para o ambiente institucional. Nesse novo modelo, o médico recebe o indivíduo em um consultório e, diante dos problemas funcionais e psicossomáticos, reconhece a limitação de um tratamento que não tem proximidade com seu ambiente de vida das pessoas, com os problemas da intimidade familiar. Nos anos 20 surgem os especialistas e juntamente com eles, a tecnicização dos meios de controle e rastreamento sanitário, com ênfase no desenvolvimento farmacêutico, na hospitalização e enaltecimento dos recursos laboratoriais, e o paciente passou a ser *um cliente* (VINCENT, 1992).

Neste século, o Sistema de Saúde no Brasil caminhou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista – até chegar ao projeto neoliberal nos anos 80. A VIII Conferência Nacional da Saúde, considerada como o marco da Reforma Sanitária no Brasil, teve como eixo básico de discussão a reorganização do setor saúde, com fortalecimento da base social, a criação de mecanismos de participação popular e o direito à saúde no contexto da cidadania. Esses princípios foram regulamentados, mais tarde, pelas Leis Orgânicas de Saúde, criando o Sistema Único de Saúde, em 1990 (MENDES, 1995).

No campo da Atenção Primária de Saúde, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde, nos anos 70, e o Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde, no início dos anos 90, foram estratégias comunitárias que buscavam uma aproximação entre a assistência à saúde e o viver comunitário. O Programa de Saúde da Família, por sua vez, instituído pelo Ministério da Saúde em 1994, representando o eixo de reorganização dos serviços básicos do SUS, propõe uma reorientação do modelo assistencial fundamentado em um novo paradigma sanitário, denominado por Mendes (1995) de *Vigilância da Saúde*. Esse novo modelo visa, prioritariamente, uma reaproximação dos profissionais de saúde com o ambiente de vida da família, ou seja, com as redes sociais primárias; assumindo, junto às famílias, um papel de co-responsabilização em um processo de produção social da saúde. As relações assistenciais são construídas socialmente, visando uma nova prática sanitária, monitorando a situação de saúde segundo as condições de vida dos diferentes grupos sociais, transcendendo a mera articulação entre a vigilância sanitária e a epidemiologia, buscando, assim, uma atuação racional para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Quando se fala em produção social da saúde quer-se dizer que, em uma dada sociedade, em um dado momento, sempre haverá um estoque de saúde disponível, traduzido em um estado de saúde, podendo acumular-se ou desacumular-se face ao jogo social existente. O conceito de saúde, como expressão da qualidade de vida, tem uma conotação positiva, um produto social não mais vinculado, estritamente, às doenças e à morte, uma aproximação mais positiva (MENDES, 1995).

Há uma intenção de reaproximação assistencial com a família no contexto da sua vida, desta vez não se tratando da presença do médico de família no domicílio, como ocorria antigamente, mas da equipe do PSF, buscando uma ruptura com a dinâmica médico-centrada. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, apresentado ao Brasil em abril de 2000, em uma Campanha Nacional que anunciava *Abrindo as portas para Dona Saúde Entrar* inaugura, oficialmente, a presença da equipe do PSF no domicílio, tendo o Agente Comunitário de Saúde, nesse contexto, a maior expressão.

Sob esta nova perspectiva, a família é compreendida como um grupo interativo, sítio privilegiado de relações e manifestações afetivas, cujos membros dividem atribuições e tarefas; é produto de heranças culturais, do próprio ciclo da vida familiar e, também, da sua articulação social mais ampla. As questões relacionadas à sua saúde devem ser analisadas a partir de sua estruturação e de sua história particular, dentro do cenário social que a constitui. A família é compreendida a partir dos laços de consangüinidade e também de solidariedade – que é uma forma de proteger-se das adversidades. A rede de solidariedade é estabelecida sobre sentimentos afetivos e morais, laços de parentesco e vizinhança. Isso inclui [...] *troca de favores, manutenção dos hábitos, linguagem e valores culturais*. (SENNA; ANTUNES, 2001, p.5).

A visita domiciliar tem, nesse novo modelo, a finalidade de [...] *subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade*. Dessa maneira, o profissional tem a possibilidade de conhecer o contexto em que vive o usuário do serviço de saúde, as condições da sua habitação e suas relações familiares, tendo a oportunidade de reconhecer os recursos disponíveis na família; por outro lado, essa estratégia busca o reforço do vínculo entre profissional e usuário (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001, p.43).

A intervenção da equipe do PSF, no processo de cuidar da saúde da família, tem por objetivo auxiliar a família a criar novas modalidades interativas para lidar com as questões da doença, num processo de re-significação da experiência de estar doente, ou seja, promover a saúde através da mudança. A família deve ser auxiliada a modificar crenças que dificultem a implementação dos cuidados à pessoa doente (BOUSSO; ANGELO, 2001).

Elsen, Althoff e Manfrini, ao analisarem as noções teóricas que emergem da literatura sobre esse novo modelo assistencial, relatam que o PSF configura-se em um *conjunto articulado de princípios, crenças, objetivos, práticas e saberes*. Está integrado aos princípios do Sistema Único de Saúde, visando a equidade, a democratização do acesso aos recursos de saúde e à assistência integral, contínua e resolutiva em todos os níveis de complexidade. Objetiva a regionalização e hierarquização da assistência, voltando-se para a realidade dos grupos sociais. Procura integrar família, comunidade e sistema de saúde para a identificação dos fatores de risco, bem como desenvolver a vigilância epidemiológica. Como referem as autoras, há uma proposta de mudança na estrutura e na ação, e os impactos do programa na qualidade de vida das famílias são analisados sobre a redução da mortalidade infantil, a diminuição do índice de internação hospitalar e de consumo de medicamentos e outros

indicadores quantitativos, fazendo menção também à diminuição do estresse. A família é concebida, nessa nova proposta, como membro de uma comunidade, com inserção em um espaço geográfico e social, considerada como *um eixo norteador das ações de saúde*. Tendo uma conotação formadora e socializadora, a família abriga as relações sociais, e acredita-se que ela tenha um modo próprio de vida; por outro lado, ela tem sob sua responsabilidade a reprodução da espécie e a transmissão do patrimônio cultural. A família é considerada como uma promotora de saúde e é trazida para dentro de um processo de parceria com a equipe PSF, no desenvolvimento do processo de cuidar. Compreende-se também que a família é um sistema que enfrenta crises e sofre desestruturações ao enfrentar dificuldades – situação em que pode necessitar de suporte ou apoio. Assim, o PSF objetiva visualizar o indivíduo como um cidadão, membro de uma família, um sujeito situado geograficamente e socialmente. Busca o estabelecimento de laços cooperativos entre a família e a comunidade, bem como, novas parcerias institucionais no campo da assistência e do ensino. Da equipe PSF se espera uma mudança de postura e uma nova abordagem para a prática assistencial. Os vínculos com as famílias e com a comunidade devem ser fortalecidos e os princípios da humanização devem iluminar as ações de saúde. O domicílio passa a ser o *locus* assistencial de preferência. As autoras constataram que esse modelo avançou, no momento em que a própria noção de saúde, tendo uma relação direta com a qualidade de vida, foi ampliada – *englobando tudo aquilo que pode levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva* (ELSEN; ALTHOFF; MANFRINI, 2001, p.93).

Nesse novo cenário social, em que o domicílio familiar voltou a ser o palco principal da assistência à saúde, se instala uma nova configuração interacional na dinâmica assistencial. Diferentemente do que ocorria antigamente, em que a relação era centrada sobre o médico e a família, agora, diversas categorias - profissionais e técnicos que compõem a própria equipe - se inserem na esfera da intimidade familiar. Em outros termos, a intervenção na vida familiar é definida a partir de múltiplas relações, um grande universo de subjetividades, uma nova gama de papéis e objetivos assistenciais e, conseqüentemente, diferentes abordagens. Esse lado *de fora*, que comparece ao encontro assistencial no domicílio familiar, é instrumentalizado com a tecnologia da informatização, que possibilita um alto nível de desenvolvimento no sistema de informações na área da saúde e convive, por outro lado, com muitas dificuldades para capacitar e preparar adequadamente os profissionais e técnicos para esse novo agir e interagir na esfera privada da família. Portanto, esse encontro entre as duas realidades - *de dentro e de fora* – abarca, nesse novo modelo, um mundo ainda mais plural de

crenças, valores, significados, intenções, ações e possibilidades. Por outro lado, há também uma nova família, como dizem Centa e Elsen (1999, p.19), que [...] *está sendo construída a partir do que é abolido no velho: modelos, mitos e ilusões serão reavaliados de acordo com as novas formas de vivência afetivo-sexual, em que se faz presente o individualismo.*

Este cenário social, recém-instalado nas comunidades brasileiras, e ainda distante do modelo de uma rede básica assistencial, abriga uma prática impregnada pela herança *higienista* – que traz consigo resquícios do processo civilizatório. O controle que o Estado pode exercer sobre a vida familiar é uma possibilidade evidente, a natureza das relações sócio-profissionais requer uma grande atenção, especialmente no plano da confidencialidade. A inauguração dessa relação entre sujeitos, no estabelecimento de uma parceria na promoção da saúde, exige uma profunda revisão conceitual, uma re-configuração nas relações de poder, e o reconhecimento do espaço familiar como o *locus* privilegiado do exercício da autonomia da família, na produção de sua saúde.

O encontro entre família e equipe PSF, no domicílio, é delineado neste trabalho como um ato, por excelência, interacional, constituído socialmente ao longo da história. A complexidade das relações que envolvem o ato assistencial em si, com todo o jogo de projeções e representações, segue a dinâmica da *subida e descida do pano* referido por Berger e Luckman (1985) no início deste capítulo, em que a ordem dos significados de um lado da realidade pode ou não ter relação com o outro lado. As projeções e expectativas sobre as atitudes e comportamentos em relação à saúde e ao próprio viver são geradas, em cada uma dessas realidades, segundo seus significados, objetivos e segundo as próprias determinações sociais que as permeiam. Essas influências regulam o uso das máscaras sociais dos atores no desempenho de seus papéis no cenário social - da assistência domiciliar.

Tal qual uma representação teatral, como sugere Goffman (1985), esse cenário abarca um ato – o encontro assistencial – e pode ser compreendido, sob uma perspectiva dramatúrgica, em que a família e também a equipe PSF representam a si mesmos e às suas atividades, utilizando meios para regular as impressões que são formadas a seu respeito, enquanto desempenham seus papéis. O autor presume que um palco abriga simulações, e que a vida, por vezes, apresenta fatos reais e, por outras, cenas ensaiadas. Nesse caso, os atores podem ou não se apresentar por trás de máscaras sociais de personagens – que são projetados por outros atores envolvidos, diretamente ou indiretamente, no contexto social do cenário.

Há nesse sentido uma intenção de definir a situação, ante os olhos de quem observa a representação – nomeada por Goffman, como *representação de fachada*. Através de uma

estratégia dramaturgica, o autor intenciona apresentar a estrutura dos encontros sociais, que surgem na vida social no momento em que as pessoas se encontram na presença física imediata umas das outras. *O fator fundamental nesta estrutura é a manutenção de uma única definição da situação, definição que tem de ser expressa, e esta expressão mantida em face de uma grande quantidade de possíveis rupturas.* (GOFFMAN, 1985, p.233).

A situação assistencial que se dá no espaço do domicílio abarca uma relação social entre diferentes e, por isso, é assinalada por muitas contradições. Nesse cenário, o uso estratégico de máscaras revela uma eficácia social, à medida que resguarda a família de situações constrangedoras perante a equipe, e vice-versa. Dessa maneira, compreende-se que a vida social também se constitui na aparência e, no caso dos encontros assistenciais, a teatralidade contida na performance dos seus atores demarca a pluralidade social presente neste cenário. Esse encontro entre dois mundos envolve diferentes visões de mundo e, também, éticas particulares.

Segundo Maffesoli (1984), a teatralidade não é um acréscimo relativamente secundário na construção das relações sociais; ela permite que o conjunto social se constitua em um todo contraditório, porém ordenado. Nesse caso, os elementos heterogêneos negociam mutuamente a sua presença, através da representação, em constante troca, oposição, sucessão e eliminação dos seus papéis. Maffesoli (1984, p.138) esclarece:

*Existe teatralidade porque existe contradição, e se não houvesse uma aparência das forças de união, as forças centrífugas da contradição conduziriam diretamente à morte. É neste sentido que a teatralidade é uma astúcia que assegura a permanência social.*

Assim, a teatralidade estreitamente conectada à existência social não tem uma conotação negativa, de falsidade, mas se inscreve num *funcionalismo circular*, interconectando múltiplos elementos em uma socialidade dinâmica, em que são possíveis as negociações e os acordos.

A situação assistencial terá maior definição para a família e também para a equipe no momento em que, na forma da teatralidade, as interações forem construídas sobre relacionamentos éticos, ancorados nos princípios da liberdade, alteridade e respeito. Então, as máscaras sociais poderão deixar transparecer os significados, as expectativas e necessidades da família, que são resguardados na *região dos bastidores*; igualmente podem transparecer as projeções mais reservadas da própria equipe para o encontro assistencial.

## **– Capítulo 5 –**

### **A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL - NA ÓTICA DAS FAMÍLIAS**

No presente capítulo serão enfocadas as contribuições das famílias que participaram deste estudo, com relação à situação assistencial domiciliar. Inicialmente buscarei situá-las em seu meio sócio-cultural na comunidade. Posteriormente, mostrarei como elas se definem e se organizam em torno dos níveis de intimidade que compartilham com seus membros, e farei uma reflexão sobre a determinação desses aspectos nas relações assistenciais que elas mantêm com a equipe PSF no domicílio. Focalizarei o papel da mulher como interlocutora das famílias no encontro assistencial domiciliar, legitimada culturalmente, para gerir os assuntos de cuidados de saúde no âmbito familiar. Descreverei as percepções das famílias a respeito da presença e atuação da equipe PSF no encontro assistencial domiciliar e, também, as suas expectativas quanto ao assunto. Por fim, apresentarei os fatores estruturais que, na ótica familiar, dificultam as suas relações assistenciais com a equipe.

#### **5.1 A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL DAS FAMÍLIAS**

As famílias, sujeitos deste estudo, são em sua grande maioria nativas da localidade, cujas gerações passadas, como estas, nasceram e viveram na comunidade.

A comunidade localiza-se na asa sul do município, distante, aproximadamente, 20 quilômetros do centro da cidade. Encontra-se em uma região balneária que é servida por uma longa e belíssima praia, costões com altas pedras à beira do mar; faz fronteiras com outras praias, igualmente freqüentadas pela população local e por turistas na temporada de verão.



O local dispõe de pequenos estabelecimentos comerciais, duas farmácias, padaria, supermercado, diversos bares, oficinas mecânicas, fábrica de móveis, um hotel, diversas pousadas e uma edificação histórica no alto de um morro, que em épocas passadas abrigava atividades de cunho religioso e, atualmente, é um ponto de atração turística. Quanto aos recursos na área da saúde, a comunidade dispõe da Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde – tipo II – ligada à rede pública e uma clínica privada que oferece serviços médicos e odontológicos.

A comunidade dispõe de rede de abastecimento de água, luz elétrica e serviço de coleta de lixo, mas não conta com uma rede de esgoto; é comum o uso de fossas sépticas nas moradias.

O folclore local se constitui, na maioria, de festas religiosas e missas comemorativas, entre as quais, a “missa de São Cristóvão” – padroeiro da comunidade. A exemplo de outras comunidades da região, os moradores desse local celebram: “Boi de Mamão”, “Bandeira do Divino” e “Terno de Reis”<sup>1</sup>.

Nessa comunidade há duas pessoas que se encarregam da atividade de benzer, principalmente, às crianças com problemas de saúde; trata-se de uma mulher – a benzedeira – e de um homem – o benzedeiro –, como referem as pessoas do local. Estes também são procurados para um tipo de “reza”, denominado “*responso*”, a que as pessoas recorrem quando perdem algo ou têm seus objetos roubados.

As famílias são constituídas, em sua maioria, por casais com filhos e com a presença de avós, tios ou outros parentes nas proximidades. A classe sócio-econômica dessas famílias é, preponderantemente, média-baixa.

A maioria das famílias é de origem açoriana, cultiva os costumes e hábitos locais e tem, por tradição, uma forte ligação com o mar, por ter sido a pesca a principal atividade na comunidade em tempos passados, sendo uma atividade de poucos, atualmente. As ocupações são diversificadas, mas muitas famílias têm as histórias de suas vidas fortemente voltadas para as questões do mar.

---

<sup>1</sup> CECA (1996) esclarece que: *Boi de Mamão* – é uma comemoração com grupos dançantes caracterizados sob a forma de diferentes personagens humanos, animais e sobrenaturais, dramatizando a morte e a ressurreição do boi. Os *Ternos de Reis* – são grupos de cantadores, anunciando, em verso, a chegada dos Santos Reis. Esses grupos visitam, de forma espontânea, as casas das famílias na comunidade, aproximando-se daquelas casas em que lhes são oferecidas comidas e bebidas. A *Bandeira do Divino* – se inicia na Quaresma e se refere a uma celebração em que uma bandeira percorre as casas coletando donativos para uma festa que se realiza no dia de Pentecostes. Essa bandeira é levada por um grupo de foliões, integrantes das Irmandades do Divino Espírito Santo.

No caso dos casais mais idosos, o homem é aposentado e a mulher se ocupa dos afazeres domésticos. Algumas dessas mulheres mais idosas se ocupam com a confecção da renda de bilro, e têm a intenção de ensinar a arte para as mais jovens. Entre os casais mais jovens, a maioria dos homens trabalha em outras localidades mais afastadas da comunidade, e algumas mulheres também têm um emprego em outras regiões da ilha. No entanto, um grande número delas fica em casa ocupando-se com as atividades do lar. Destas, algumas procuram incrementar a renda familiar fazendo “docinhos e salgadinhos para fora”; outras trabalham com artesanato, que é comercializado na própria comunidade, com vistas, também, ao consumo dos turistas que aportam na comunidade na época do verão.

As gerações mais velhas e também as mais novas cultivam suas crenças e tabus. A religião predominante é a católica. Com relação à saúde, procuram manter a tradição dos cuidados aprendidos com as mulheres mais idosas e experientes na família. Há uma grande valorização das lendas locais sobre “bruxas e lobisomem” situadas, particularmente, na lagoa local – uma área de preservação ambiental contornada por uma densa Mata Atlântica que, além de abrigar os seus mistérios, divide com o mar a soberania da paisagem local.

As casas das famílias nativas são, predominantemente, de madeira, com um pequeno quintal que é ornamentado com algumas flores dispostas, linearmente, ao longo da cerca que delimita o terreno. Algumas famílias possuem cães e/ou gatos de estimação. O interior das residências é, na maioria dos casos, decorado com enfeites de porcelana como imagens de santos, bichinhos, pingüins sobre geladeiras ou estantes, calendários coloridos e “lembrancinhas” de eventos como batizados e casamentos. Na casa de casais mais antigos encontram-se, em destaque, as fotos do homem e da mulher – em perspectiva de busto, com forte retoque de cor – dispostos, simetricamente, um ao lado do outro, em local alto, facilmente percebido de todos os ângulos do recinto. Há equipamentos de som, televisão, e geralmente um rádio que, em alto volume, transmite músicas de estilo sertanejo ou forró, com que as mulheres fazem coro enquanto se ocupam dos afazeres domésticos. As cozinhas estão equipadas com fogão a gás e geladeira e, naquelas de casais mais idosos, há presença de um fogão a lenha. Na maioria das casas há por volta de dois quartos, uma sala de estar e jantar acopladas, cozinha e banheiro. No entanto, muitas também apresentam um pequeno cômodo com um sofá - reservado para a sala - e uma cozinha com uma mesa, onde são realizadas as refeições. A cozinha é, na maioria das vezes, o local mais freqüentado pela própria família e também destinado a receber os amigos e vizinhos para tomar café durante o dia, além da equipe PSF em suas visitas.

Os familiares agrupam-se em residências próximas, geralmente no mesmo terreno, seguindo uma certa organização hierárquica familiar. Em primeiro lugar, de frente para a rua está situada a casa do casal (pais/avós) a quem, geralmente, pertence o terreno. Logo atrás, muito proximamente, está a casa onde reside, na maioria das vezes, a filha mais velha do casal com o marido e filhos, e assim sucessivamente ocorre com os outros filhos que se casam. Os filhos solteiros, independentemente da idade, residem com os pais na mesma casa. Essa proximidade geográfica das habitações entre pais, filhos, netos e avós oportuniza uma convivência familiar contínua e muito intensa. As mulheres que se ocupam com afazeres domésticos fazem da casa dos filhos ou dos pais, praticamente, uma extensão da sua própria moradia no decorrer do dia. Encontram-se em uma casa ou outra para tomar “café da tarde”, para ver “se está tudo bem”, ou então, agrupam-se nos finais de tarde para “uma boa conversa”. As mulheres mais idosas e experientes são chamadas para atender ou aconselhar qualquer intercorrência de saúde, principalmente quando se trata de “criança pequena” – gestante ou puérpera. Encontros maiores que reúnem avós, pais, filhos, noras, genros e netos são realizados para confraternizar a união familiar, “colocando a conversa em dia” e ouvindo as histórias que o patriarca tem a contar sobre o passado da família.

Maluf (1993), ao referir-se à organização familiar, em seu estudo sobre a constituição de uma cultura de gênero em uma comunidade próxima no mesmo município, também constatou que, no grupo familiar, a autoridade é exercida por uma figura masculina identificada por todos os membros como “o pai”, e é com relação a esse “pai” que as outras pessoas da família são identificadas. Essa autoridade masculina é legitimada publicamente, ou seja, é reconhecida dentro e fora do grupo familiar. No entanto, essa autora também constatou que são as mulheres que representam a âncora de sobrevivência e continuidade familiar, de forma que a ausência de uma mulher pode encaminhar a dissolução familiar. Isso representa um desnível entre o discurso e o plano das representações e práticas sobre os papéis masculino e feminino na família, e indica a existência de um poder feminino em um território em que há reconhecimento da legitimidade da autoridade masculina. Constatei que esse fato é marcante no tocante às decisões e encaminhamentos sobre os cuidados de saúde da família – enquanto saber e prática – sustentado por uma rede social feminina que ensina, aprende, decide e gerencia as questões que dizem respeito à manutenção da vida e do bem-estar da família.

De uma maneira geral, as famílias nativas da comunidade têm um relacionamento próximo e amigável entre si; elas se agrupam em reuniões sociais, religiosas, ou mesmo

informalmente, para um “café” na “casa de uma comadre” durante a semana. À semelhança de Maluf (1993), também identifiquei que há entre as famílias, nessa comunidade, a crença de que a maioria tem algum grau de parentesco entre si, uma vez que são descendentes de determinadas famílias que se instalaram originariamente no local.

À parte, há outras residências ocupadas por famílias que moram no centro da cidade, freqüentando a localidade somente nos finais de semana ou no verão, visto que se trata de uma região balneária. Há, também, algumas famílias provenientes de outros estados, e até de outros países, majoritariamente argentinos, que fixaram residência nessa localidade. As famílias nativas têm pouco contato com esses moradores sazonais ou estrangeiros; agrupam-se e convivem à parte destes, como se estivessem organizados em uma comunidade própria e particular.

As famílias dessa área de abrangência<sup>2</sup> têm um contato próximo com aquelas outras que habitam a área vizinha e que, por sua vez, são migrantes do interior do Estado de Santa Catarina, em sua maioria. Estas apresentam precárias condições sócio-econômicas, com um grande índice de desempregados e, conseqüentemente, problemas sociais muito complexos. O contato entre as famílias dessas duas áreas de abrangência ocorre por ligações familiares (através dos casamentos) e também por uma convivência em grupos religiosos, educativos e eventos sociais, de uma forma geral.

## 5. 2 A DEFINIÇÃO FAMILIAR

As famílias definem-se a partir da proximidade das relações sociais, do nível de convivência e de intimidade de seus membros. A proximidade geográfica entre as moradias também entra, de certa forma, na composição e organização da família, porque agrega espacialmente os seus membros, favorecendo uma aproximação relacional. Não é, no entanto, o componente mais importante na constituição conceitual da família; mas é um elemento

---

<sup>2</sup> A atuação do PACS/PSF nessa comunidade ocorre em duas áreas de abrangência, contendo um total de, aproximadamente, 2500 famílias; destas, em torno de 900 famílias se encontram na área 251 - em que foi desenvolvido o estudo, e por volta de 1400 famílias na área 250. Oficialmente a área 251 conta com a atuação dos ACS's e a área 250 é contemplada com o trabalho da equipe do PSF. Mas, na realidade, a equipe do PSF, que também atende toda a demanda do CS, trabalha com ambas as áreas na assistência domiciliar e o PACS, por sua vez, se estende igualmente às duas áreas. A área 251, onde foi desenvolvida a pesquisa, é subdividida em seis micro-áreas onde atuam seis ACS's, isto é, um em cada uma das micro-áreas. A área 250 é subdividida em 10 micro-áreas, tendo cada ACS uma micro-área sob a sua responsabilidade. Aqui estão localizadas, essencialmente, as áreas de risco, que se caracteriza em manguezal - ocorrendo inundações freqüentes em torno das moradias; há muitos problemas relacionados ao saneamento básico, precariedade das condições sócio-econômicas, alto índice de desemprego, ocorrência de violência doméstica e uso de drogas e alcoolismo.

significativo na organização familiar. Como Maluf (1993), constatei que há um movimento centralizador em torno do casal mais velho, que agrega várias unidades familiares – conformando um grupo doméstico mais amplo, o que foi denominado por Rial (1988) apud Maluf (1993, p.33) como *segmentos residenciais familiares*.

Para a inclusão dos membros dentro de uma classificação de proximidade – familiares mais próximos e menos próximos –, o grau de convivência, intimidade e influências mútuas entre os seus membros são os critérios mais utilizados. Há nesse sentido uma *primeira família*, constituída daqueles familiares que moram na mesma casa ou no mesmo terreno com uma convivência diária muito próxima, com grande relação de ajuda. Geralmente essa categoria inclui marido, mulher e filhos que residem com o casal, pai e mãe do casal e filhos casados que moram em outra casa, no mesmo terreno. Essa classificação pode ser estendida, por vezes, para aqueles filhos, genros, noras e netos que moram mais afastados da casa dos pais. Este é o contexto em que se enquadra a *primeira família* – a família mais próxima, em que os problemas mais complexos são compartilhados, ora pelo casal, ora entre pais e filhos.

Há, na dimensão da *primeira família*, uma certa liberdade para manifestações de carinho entre os casais – pai/mãe – filhos(as)/namorados(as)/esposos(as), com limites muito flexíveis em relação ao nível de intimidade permissível, de uma família para outra.

Uma outra classificação é utilizada para definir uma relação familiar com menor convivência, intimidade e influências mútuas – denominada *grande família* – que é constituída dos irmãos paternos e maternos, incluindo cunhados, primos, tios e sogros. A convivência entre estes é compartilhada em eventos familiares, principalmente festivos.

Todavia não são, habitualmente, compartilhados nessa dimensão familiar os problemas pessoais, nem tampouco os projetos mais particulares da *primeira família*.

Minha mãe, meu marido, meus filhos que moram comigo, a minha filha que mora aí do lado da minha casa, as minhas noras **são parte da minha família**, meus genros, meus netos que eu adoro. Tem outro irmão que eu também **não descarto, que seja da família**. Mas estes já **têm uma outra família - deles**.

Aqui **dentro de casa** (família próxima) é eu, meu marido, a minha mãe, a minha filha e o marido dela (que moram na casa ao lado), meus dois filhos - que moram comigo - e o meu neto, que é filho dela, mas que pára aqui comigo, praticamente o dia todo. Essa seria a **minha família mais próxima que convive comigo o dia-a-dia**. Depois, tem a **grande família** que é os meus filhos casados, as minhas noras, os meus netos.... A **família dele** (marido) e a **minha família se juntaram e é uma família só**. Aí faz  **festa de aniversário**, convida a família dele, vem tudo! A **grande família**. (Fam. VC em 29/09/2002).

Os meus dois filhos, o meu marido – essa é a minha **primeira família**; aí depois, **grande família é tudo**, né – cunhado, sogra...tudo, né? (Fam. SU em 25/07/2002)

Quando há uma proximidade geográfica entre os membros da *grande família*, com uma convivência mais estreita entre eles e conseqüente “participação” de um na esfera mais íntima do outro, podem ocorrer relacionamentos familiares conflituosos. Isso quer dizer que a proximidade física ou material entre as moradias dos membros da *grande família* pode gerar, naqueles familiares menos íntimos, uma percepção ilegítima de inclusão na *primeira família*. Em nome dessa proximidade física e de uma convivência social cotidiana, pode ocorrer, nesse caso, uma tendência desses membros a querer compartilhar um domínio mais íntimo, por vezes de forma forçosa e conflitante. Essa proximidade relacional “indevida” com o espaço mais íntimo – conflitos conjugais, problemas pessoais mais complexos do casal ou dos filhos e projetos familiares – de foro dos membros da *primeira família*, pode configurar-se, facilmente, em uma invasão de intimidade.

Souza, Medeiros e Alberini (1999) analisam a questão da proximidade nas habitações de *parede e meia*<sup>3</sup>, nos conglomerados urbanos, em que a vida íntima de uma família é compartilhada por seus vizinhos por meio daquilo que é visto ou ouvido através das paredes. Esse autor afirma que, nesse caso, as pessoas sentem-se indiretamente responsáveis por condutas consideradas socialmente aceitáveis dos seus vizinhos, uma vez que se percebem parceiras na identificação social desse espaço e participam, simbolicamente, de um pacto que preserva a reputação do local. Assim, as relações entre esses vizinhos – testemunhas involuntárias da intimidade de outrem – são marcadas por ambigüidades de comportamentos: *ao temor do olhar e do comentário juntam-se os atos cotidianos de cordialidade, o que garante a necessária, embora difícil e ambígua, convivência* (SOUZA; MEDEIROS; ALBERINI, 1999, p.72). Isso parece ser ainda mais complexo quando se aplica às famílias que desfrutam de algum grau de parentesco. Uma *grande família*, que reside em moradias com condições de *meia parede*, pode não desejar compartilhar determinadas vivências mais íntimas entre si ou testemunhar determinados comportamentos que possam se configurar ante, seus olhos, daquele menos íntimo, em quebra das regras de *decoro*<sup>4</sup>, como esclarecem os autores. Assim, apesar da proximidade no dia-a-dia, a *grande família* reserva entre si um certo

<sup>3</sup> Goffman (1985) esclarece que o termo *parede e meia* representa uma divisória muito fina, que separa, visualmente, duas habitações ou cômodos e foi empregada por autores britânicos em 1953 que assim descrevem: *os moradores percebem muitos ruídos da vizinhança, do barulho usual, das festas, de aniversário e até o som da rotina diária. Os informantes mencionam o rádio, o choro do bebê à noite, a tosse, os sapatos atirados na hora de dormir, as crianças correndo para cima e para baixo nas escadas ou no quarto [...]. No quarto do casal, os sinais provenientes do vizinho podem ser chocantes [...]; isto nos faz andar na ponta dos pés, no nosso quarto de dormir à noite.* (GOFFMAN, 1985, p.113, citando KUPER, 1953).

<sup>4</sup> *As regras de decoro funcionam enquanto um código de conduta e estabelecem o limite do que é permitido ou rejeitado socialmente.* (SAMPAIO; DE ROSSI, 1999, p.43).

nível de distanciamento do grau de intimidade – no contexto de *primeira família* – marcando relações ambíguas, de aproximações e distanciamentos.

Isso me leva a crer que, ao adentrar no espaço da intimidade da família, a equipe PSF deve, a priori, procurar reconhecer a polissemia e organização das relações familiares – o nível de proximidade dos seus membros com determinados assuntos, ou seja, quem faz parte do círculo da *primeira* ou da *grande família*. A partir dessa compreensão faz-se necessário organizar a aproximação e a abordagem familiar, enfim, a intervenção assistencial, de modo a abordar apropriadamente os assuntos da saúde da família; isso significa tratar dos assuntos, especificamente, com quem tem o direito à sua exposição. Caso contrário, a equipe PSF poderá incorrer em sérios conflitos éticos ao trabalhar com esses assuntos junto à família, pela vulnerabilidade destas relações entre os seus membros, como alerta Goldim (2002) – a revelação de assuntos íntimos de uma família, realizada por um de seus membros pode, automaticamente, acarretar danos para todos os outros membros que se tornam vulneráveis ao terem assuntos da sua intimidade trazidos a público.

Pesquisadora: fale-me sobre as relações familiares quando a “grande família” mora em casas muito próximas umas das outras ?

Fam.: Às vezes **não é bem o que parece né? As aparências enganam**; não é bem assim!

Pesquisadora: você está querendo dizer que isso pode ser problemático?

Fam.: **É problemático...** muito!

Pesquisadora: é problemático em que sentido?

Fam.: **A privacidade** também , né? (Fam. SU em 25/07/2002)

Fam.: Minha mãe, né? Minha irmã...

Pesquisadora: e nesse caso, vocês contam os problemas uma pra outra?

Fam.: Conta, né?

Pesquisadora: então – vocês não têm segredos?

Fam.: Não.

Pesquisadora: e isso é uma coisa boa ou pode ser complicado?

Fam.: **Um pouco ruim**, né? Mas a **mãe – uma coisa boa**.

Pesquisadora: e as outras pessoas da família: cunhada, primas?

Fam.: Ah... **isso aí - não dá certo!**

Pesquisadora: e por que não dá certo?

Fam.: Porque um dá mais razão pra ele, outra dá mais razão pra mim... **aí dá confusão**. (Fam. AP em 15/08/2002).

Por outro lado, essa configuração do convívio da *grande família* não se fundamenta, exclusivamente, em relacionamentos íntimos confrontantes; da mesma forma consolida-se sobre práticas solidárias, de relações de ajuda, principalmente nos assuntos relacionados à saúde. Goldim (2002), citando Nelson e Nelson (1995), refere que o espaço das relações de intimidade familiar pode oportunizar o enriquecimento das relações interpessoais – favorecendo o conhecimento de si e dos outros que compartilham a vida nesta dimensão.

Pesquisadora: você tem alguém da sua família que mora perto de você?

Fam.: tenho; tenho a minha mãe. Ela não mora junto - ela mora ali mais na frente mais um pouquinho.

Pesquisadora: e aí tu consideras essas pessoas “a tua família”, ainda que não morem na tua casa?

Fam.: A minha mãe, os meus irmãos, a minha irmã moram logo aqui – então faz parte, né?

Pesquisadora: como é que você vê essa proximidade com o viver dos teus irmãos, tua mãe? Os seus problemas, dificuldades? Isso interfere na tua vida, do teu marido, dos teus filhos?

Fam.: É muito bom! É bom, claro! É bom, porque, se no caso, eu vou ali no posto, né... se eu vou fazer um exame de diabetes, aí a médica já vai saber que a minha mãe tem: “ah... a tua mãe tem, então já vamos fazer mais profundo”! Eu não tenho, mas se não deu no primeiro exame ela vai aprofundar; é muito bom!

(Fam. C em 16/08/2002)

Os relacionamentos conflituosos que ocorrem no âmbito da *primeira família* influenciam, sobremaneira, a saúde de seus membros. Nesses conflitos, têm uma conotação particularmente importante as relações conjugais problemáticas dos pais e, também, dos filhos, problemas de saúde de filhos ou netos, desemprego de pais ou filhos “mantenedores” familiares. No entanto, os conflitos que se instalam entre os membros na dimensão da *grande família* – principalmente quando há uma proximidade geográfica e social entre seus membros e um jogo mútuo de interesses e influências – podem traduzir grandes desentendimentos familiares que, da mesma forma, influenciam a saúde de seus membros.

Fam./Sra.JM: o próprio casal, mais os filhos, as noras e os netos (apontando para a casa onde eles residem, proximamente à sua). (Sr. JM concorda com a afirmação da sua esposa).

Fam.: O Sr. JM conta uma longa história de problemas que eles (o casal) têm com uma de suas noras e que sofre muito por ver o seu filho sofrendo no seu casamento, que **seria melhor se eles morassem distante, que assim ele não estaria perto para conviver com esses problemas**. Refere que **isso interfere bastante na sua saúde**, no seu “nervoso”, no seu problema de pressão. **O problema de um passa a ser do conhecimento do outro e isso é complicado**. (Fam. JM em 16/08/2002).

**Quadro 1:** Termos incluídos no domínio: **família cuidadora**; termos cobertos: **primeira família** - definição de família segundo o nível de intimidade.

*Primeira família:*

termos incluídos

- marido, mulher, pai, mãe, filhos que moram na mesma casa ou no mesmo terreno;
- às vezes: irmãos, nora, genro e netos;
- convivência social/familiar diária;
- relações muito próximas;
- compartilham problemas do dia-a-dia;
- ocorre grande relação de ajuda;
- relações hierárquicas nas decisões sobre cuidados de saúde;
- conflitos são compartilhados;
- integram e compartilham assuntos da intimidade familiar;
- os casais manifestam certos gestos de intimidade (em um certo nível de intimidade: beijos e abraços) uns perante os outros.



**Quadro 2:** Termos incluídos no domínio: **família cuidadora**; termos cobertos: **grande família** - definição de família segundo o nível de intimidade.

*Grande família:*

termos incluídos

- cunhados, tios, primos e sobrinhos;
- às vezes: sogros, irmãos, netos, genro e nora;
- não residem na mesma casa ou no mesmo terreno;
- geralmente residem próximos, na mesma comunidade;
- não têm uma convivência social/familiar diária;
- convivem, agrupam-se em eventos familiares (principalmente festivos);
- pouco nível de influências nas decisões e projetos familiares da primeira família;
- hierarquia no plano das decisões sobre cuidados de saúde (critérios: experiência, gênero e maior idade);
- compartilhamento dos assuntos íntimos da primeira família, neste plano, pode gerar sérios conflitos intra e extra-familiares;
- proximidade geográfica e social entre os domicílios daqueles que integram a *grande família* pode gerar uma percepção ilegítima de inclusão no âmbito da intimidade da *primeira família*.

### 5. 3 A INTIMIDADE FAMILIAR

As famílias parecem compreender a evolução do conceito de intimidade, acompanhando as modificações em seu conteúdo – o que passou a ser menos íntimo nos dias atuais, em relação a tempos passados – e, também, as modificações de atitudes da família em relação a manifestações de intimidade dos pais e também dos filhos. Elas percebem que “antigamente tinha aquela divisão” nos relacionamentos familiares, nos espaços da casa, em que assuntos, objetos e relações, considerados íntimos, tinham hora, lugar próprio e cautela para serem expostos. Atualmente a intimidade familiar é algo mais aberto, mais amplo dentro do espaço e das relações familiares. Isso se reflete na função e utilização mais socializada dos cômodos da casa, em especial da cozinha, que passou a ser um lugar de integração da família – tanto em torno de uma mesa para realizar as refeições, como também para “colocar os assuntos familiares em dia”. Isso significa que muitos dos assuntos que eram tratados exclusivamente pelo casal, entre “quatro paredes”, são hoje em dia compartilhados entre a família na cozinha.

As crianças de menor idade passaram a compartilhar das refeições em uma mesma mesa, juntamente com as pessoas adultas – ao passo que “antigamente” eram obrigadas a fazê-lo separadamente, para não ouvir assuntos impróprios e, tampouco, interferir na “conversa dos adultos”; nesse momento eram impelidas a “brincar na rua” – fora dos limites do espaço mais íntimo da família. As transformações também se mostram nos relacionamentos entre os membros da família; a exposição do corpo dos pais perante os filhos já não é algo tão velado; determinadas manifestações de carinho, como beijos e abraços, entre

os casais – pai e mãe, filhos(as) e namoradas(os) ou esposas(os) – são comuns no convívio coletivo da família.

Fam.: hoje em dia ninguém usa mais a sala;

Fam.: – todo o pessoal que vem, direto na cozinha! Eu não sei lhe explicar o por que disso aí... Eu acho que é um pouco, por causa - assim, um pouco - da criação, porque, antigamente se o pai e a mãe estavam conversando, os filhos lá não chegavam - aquela criação - era num lugar mais reservado... os filhos não chegava! Se chegava um filho, - fica lá - o pai só olhava de rabo de olho! E hoje não: hoje a coisa tá mais livre, a criação tá mais liberal, os pais também tão mais liberal com os filhos, os pais se sentam, conversam e a cozinha integra toda família. Então aquela integração da família é dentro da cozinha; se sentam à mesa, tão jantando, tão conversando... e antigamente não tinha isso! Se tinha criança pequena, as criança pequena comiam - vão brincar na rua - aqui é só os grande! Então tinha aquela divisão e hoje não, hoje não tem mais aquela divisão! Antigamente, marido e mulher - se tinham algum assunto pra conversar - eles não conversavam na presença dos filhos - era dentro de quatro paredes - a senhora não via um pai chegar no rosto de uma mãe e dar um beijo - aquilo era falta de respeito! Hoje em dia, não; hoje em dia os filhos tão se namorando, tão se beijando perto dos pais, os pais vão dar tchau pra mulher, o marido vai dar tchau pra mulher dão um beijo na boca ou no rosto e sai, então quer dizer que a intimidade ela ficou assim mais... ampla dentre a família. E antigamente não - antigamente era mais individual - os lugares da casa também! A cozinha era a cozinha, a sala era a sala, quarto era quarto, cada coisa no seu devido lugar.

(Fam VC em 20/09/2002).

Apesar dessa ampliação dos limites da intimidade, a família considera a sua casa como um limite fronteiro entre o domínio público e o seu espaço interior. Isso quer dizer que o fato de entrar na casa significa, automaticamente, entrar no espaço privado onde a família abriga a sua intimidade. A casa abriga o lar<sup>5</sup>, diz respeito ao *ethos* – o lugar em que se vive, onde se está abrigado, uma habitação íntima, onde se encontra aquilo que é conhecido, familiar. É o lugar dos *vínculos umbilicais e naturais*. Viver em um determinado lugar liga-se a ordem do pertencer, uma identidade que é, acima de tudo, social. Isso requer um nível de intimidade ou familiaridade consigo e com os outros que estão próximos, e uma interface entre o recolhimento e o acolhimento (TAYLOR, 2002; SOUZA; MEDEIROS; ALBERINI, 1999, p.58). Esta é uma delimitação geográfica e social que tem um significado importantíssimo no encontro da equipe PSF com a família no seu domicílio. A chegada da equipe na casa da família é este preciso momento em que o “estranho” se aproxima e ultrapassa essa fronteira simbólica. O modo como se dá essa aproximação é absolutamente determinante, na qualidade das relações a serem estabelecidas entre equipe e família.

<sup>5</sup> *Lar e lareira* têm origem no termo latino – *Lares et Penates* – para os deuses familiares e protetores da vida doméstica. *Foyer e Hearth* – a lareira e o fogo central – que une todas as pessoas que residem na casa, simbolizando o caráter caseiro e social entre os deuses do Olimpo, a deusa *Hestia* – ligada ao aconchego (TAYLOR, 2002, p.5;16).

Dependendo da maneira como a equipe ingressa nesse território e, também, da interpretação que a família faz da situação, as relações podem se tornar mais próximas ou, então, mais distantes.

Fam.: **A intimidade pra mim é tudo, né? a minha casa...**

Pesquisadora: a casa já é intimidade: então quer dizer que quando eu entro na tua casa eu já estou entrando na tua intimidade?

Fam.: **é; mas é bom.**

(Fam SU em 25/07/2002)

A intimidade, em um nível mais reservado, guarda os segredos que são compartilhados somente pelo casal ou por membros da *primeira família*, assuntos ligados ao relacionamento conjugal (em especial relacionados ao sexo), a presença de determinadas doenças na família, principalmente aquelas de contágio sexual e, também, questões de ordem religiosa.

Fam.: **É sexo, segredos**

(Fam SU em 25/07/2002)

Pesquisadora: - O assunto da **sexualidade do casal**, a equipe deve abordar ou não?

Fam.: - **não!**

Pesquisadora: **doenças** que a família possa ter?

Fam.: **Aquelas...** (venéreas) acho que não!

Pesquisadora: coisas de **religião**, da igreja?

Fam.: pra equipe **também não!** (Fam. AP em 15/08/2002).

Os segredos ditos íntimos da família têm uma função importante na configuração do espaço da intimidade, pois a sua posse marca o indivíduo como um membro da família e contribui para que esta se sinta diferente, excluindo, de certo modo, aqueles indivíduos que não “estão por dentro” desses assuntos – os estranhos para o grupo familiar. Nesse caso, *os segredos íntimos dão conteúdo intelectual objetivo à distância social subjetivamente sentida* (GOFFMAN, 1985, p.133). Neste âmbito encontram-se resguardados, especialmente, os assuntos relacionados à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis. Quando se trata de proteger esses segredos de olhares estranhos, é oportuno perguntar: quem é o estranho e qual é a ameaça?

Donzelot (1986) esclarece que até o início do século XVIII a gerência dos assuntos sobre a sexualidade do casal cabia ao padre, na esfera da norma religiosa, que colocava essas questões na perspectiva da moralidade. A partir daí, a medicina começou a demonstrar interesse pelo tema e iniciou uma explicação racional para as doenças, com uma forte vinculação a possíveis “disfunções” dos fluxos corporais e sociais na área reprodutora da família. Nesse momento, os médicos passaram a ser os “conselheiros” da família e, na posição de educadores, intervêm categoricamente na organização da casa e da vida da família,

modificando radicalmente o seu gerenciamento interno. A higienização da sexualidade foi fortalecida pelo Estado – em nome da prevenção das doenças sociais – e a família passou a viver sob a orientação de uma “dupla moral”, como era designado o hábito de proclamar um comportamento essencialmente moral e, na vida íntima, praticar outro. Assim, no início do século XX, ainda sob o gerenciamento moral do padre e da intervenção médica, em nome da higiene pública – que era o interesse maior da sociedade –, as questões relativas à sexualidade da família passaram a ser resguardadas de dois fortes olhares normativos: da Igreja e do Estado. No final do século XX, a Igreja perdeu um considerável espaço de inscrição no corpo social e a medicina sofreu a ameaça da modernização da família, com um *fechamento tático* em si mesma e apropriação de novas normas que intensificaram a vida familiar, voltando a concentração sobre si mesma, em nome da sua própria realização. Arendt (2000, p.48), quando fala sobre a *privatidade moderna*, afirma que a sua função mais relevante é a proteção daquilo que é íntimo – não opostamente aquilo que é político, mas ao que é social; chegando no patamar do moderno *modelo do individualismo*.

Para Prost (1992), já em meados do século XX, surge um certo desdobramento da vida privada, se instalando em seu interior uma privacidade individual. Aí ocupam um lugar os segredos íntimos ou pessoais que, na maioria dos casos, dizem respeito aos sonhos, desejos, temores, pensamentos efêmeros e, geralmente, informulos. Esses segredos, muitas vezes, são silenciados até aos filhos; portanto, não é habitual que sejam compartilhados pelos membros da família. Eles podem ser “abertos” a pessoas externas à família, denominadas “confidentes” – podendo ser um amigo próximo, um parente mais experiente ou um profissional da saúde. Na primeira metade do século XX, na França, era comum as enfermeiras ou assistentes sociais receberem confidências femininas nos ambulatórios, considerados ambientes neutros para tratar dos segredos pessoais. Mas naquela época era mais comum que este papel coubesse ao padre – que ouvia a confissão, especialmente das mulheres, e não hesitava em questionar a intimidade delas (PROST, 1992, p.73-74).

Nos dias atuais, as mulheres parecem desejar exteriorizar determinados assuntos pessoais e, para isso, por vezes, os profissionais da saúde são escolhidos como seus confidentes. Nessa relação confidencial é essencial, para as mulheres, poder contar com o sigilo profissional e receber uma atenção individualizada em um contexto compreendido como neutro – que é o contexto assistencial –, isto quer dizer, sem envolver diretamente o ambiente familiar.

Porque às vezes tu tem uma colega e quer se abrir ou uma cunhada, tu não quer porque a cunhada de repente passa pra outra, passa pra outra, então **é mais fácil a gente se abrir com eles** (a equipe PSF), eu acho né? (Fam SU em 25/07/2002)

Pesquisadora: para abrir essa intimidade do coração, da vida, o melhor lugar é a casa da gente ou o posto de saúde - no consultório?

Fam.: **No posto é melhor do que na casa; é melhor. Em casa a gente nunca tá... pode se abrir sozinha... nunca tá sozinha... né? Lá (no posto de saúde) eu, pelo menos, eu posso me cuidar... de mim, no caso, né? Aqui sempre tem alguma coisa, - lá é eu... só eu.** (Fam. C em 16/08/2002).

Há uma dimensão da intimidade familiar que não é, absolutamente, velada, mas diz respeito ao âmbito das coisas íntimas da família - que é a organização da própria casa. Isso quer dizer que a disposição dos móveis e utensílios domésticos, objetos de decoração e o uso que é feito deles é ligado à esfera do íntimo porque traduz o “jeito da família” arrumar, organizar e utilizar o seu espaço e os seus objetos. Existe uma identificação familiar no arranjo do espaço doméstico.

Pesquisadora: quanto à **organização da casa?**

Fam.: **isso aí também não** (não deve haver a interferência de “estranhos”). **Isso sou eu que decido, né? (é da alçada da família)... os negócio de dentro de casa, da família ela (equipe) não tem direito de saber disso, né?** (Fam.AP em 15/08/2002)

Perrot (1991) situa, historicamente, o concreto desejo desta interioridade do lar, da intimidade familiar, conjugal e pessoal, no conjunto da sociedade – no início do século XX – em que cada um passa a exigir o seu espaço vital. O autor afirma:

*O desejo de um canto para si expressa um crescente senso de individualidade do corpo e um sentimento do indivíduo levado pelos escritores até o limite do egocentrismo: “É preciso fechar sua porta e suas janelas, curvar-se sobre si próprio, como um ouriço, acender um grande fogo em sua lareira, pois faz frio, evocar em seu coração uma grande idéia” escreve Flaubert. (...) no século XIX o quarto é o espaço do sonho; ali se refaz o mundo.* (PERROT, 1991, p.321).

No interior das casas passa a perceber-se tudo aquilo que se desenvolve no espaço privado; manifestam-se, concretamente, as imagens de poder, os relacionamentos entre as pessoas na busca de si mesmos. Guerrand (1991) nos mostra que essa interioridade espacial das famílias passou, em seguida, por um processo de racionalização total, em que o elemento vital passou a ser a relação do corpo com o ambiente da casa. Costa (1999) afirma que a normatização do espaço vital familiar, em nome da higienização das moradias, provocou uma extrema reversão dos hábitos de vida das famílias e redimensionou o papel da mulher, responsabilizando-a pela disciplina higiênica da família. Nesse contexto, os médicos passaram a apropriar-se do controle dos hábitos e da própria intimidade familiar, apresentando-se como

necessários, úteis, indispensáveis em todos os momentos e locais físicos e sociais dos espaços urbanos. Eles impuseram, à família e também à casa, o seu modelo de organização social; determinavam a escolha do local da moradia, a técnica de construção, a disposição dos cômodos, os arranjos do mobiliário e dos objetos decorativos, e regravam a iluminação e a limpeza do ambiente, bem como o asseio das roupas, da alimentação e das pessoas. Determinavam as formas de educar as crianças, normas de boas maneiras e, por vezes, no apêndice das cartilhas normativas, lá estavam as receitas culinárias. A concepção dominante era de que o médico *ensina a evitar as coisas nocivas e a fazer bom uso das coisas úteis. Nada mais coerente com esta definição do que a ingerência médica em todos os setores da vida pública e privada* (COSTA, 1999, p.115).

Atualmente, ainda que a intimidade “do lar” tenha ficado, de certa forma, sitiada no âmbito global em meio à televisão, rádio, computador e outros *visitantes cujas regras de etiqueta não primam pela discrição*, como refere Schwarcz (1998, p.9), as famílias ainda demonstram a importância de imprimir as marcas familiares no cenário doméstico, personalizando o ambiente em que vivem, incluindo o mobiliário e, principalmente, os objetos decorativos e aqueles ligados a “recordações familiares”. No interior da casa encontra-se impresso o “jeito da família”, ou seja, ali estão retratados os seus valores e a sua história.

Em visita à família L., tradicionalmente açoriana, observei que no ambiente em que nos encontrávamos, defronte à mesa de refeições havia uma estante. O que chamou a minha atenção foram os **inúmeros objetos que ali estavam decorando o ambiente, parecendo representar, simbolicamente, as crenças e valores da família**. Ali estavam **fotografias da família, dos pais e dos filhos, “lembrancinhas” de eventos sociais** como casamentos, aniversários e batizados, calendários coloridos, objetos religiosos - como imagem de uma **santa e um grande pingüim**. Outro aspecto que despertou a minha atenção foi que os enfeites maiores, como a **imagem da santa e o pingüim**, estavam **cuidadosamente envoltos em plástico**, supostamente **para conservá-los melhor**.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 20/09/2001).

Em visita à família JM, de origem açoriana, observei que entre os objetos de decoração da casa, se encontravam, com **especial destaque**, as **fotos do casal** - em perspectiva de busto, originariamente em preto e branco, mas com forte retoque de cor -, dispostos, simetricamente, um ao lado do outro **em local alto, facilmente percebido de todos os ângulos do recinto**.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 20/09/2001).

Apesar de haver, nos dias atuais, uma certa tendência à diluição das fronteiras da intimidade e da esfera pública, como acredita Costa (1999), as famílias insistem no direito de poder contar com o refúgio da intimidade na dinâmica da sua vida social, retendo um pouco mais a visibilidade de suas vidas pois, como diz Arendt (2000, p.61), [...] *há muitas coisas que não podem suportar a luz implacável e crua da constante presença de outros no mundo*

*público*. Afirmando isso, Arendt não está se referindo à irrelevância das questões íntimas; pelo contrário, ela pensa que: *existem assuntos muito relevantes que só podem sobreviver na esfera privada*. Costa (2002) situa esses assuntos no plano dos bens mais preciosos do ser humano: a imaginação e os sonhos – inconfessáveis por sua natureza íntima –, todavia sob a coação da cultura da confissão publicitária, onde já se confundem superfície e profundidade. O autor refere:

*Entre nós, essa intimidade ainda é um ideal moral dos privilegiados. No passado, ela foi um atributo da moral burguesa, feita para poucos que, no entanto, sonhavam em ser muitos, tão logo a utopia civilizatória se realizasse; hoje, é exclusiva de elites alheias ao bem de todos. [...] seja como for, a intimidade continua sendo um dos raros nichos do maravilhoso, do mágico, e do inédito, no universo desencantado e "totalmente administrado". Para alguns, isso é puro ornamento de espíritos ociosos; para outros é condição sine qua non da liberdade. (COSTA, 2002, p.3).*

Conforme Giddens (1993, p.206), a possibilidade de as famílias viverem a sua intimidade pode lhes possibilitar vislumbrar um espaço ético, com uma ordem pessoal democrática, em que possa ser exercida a sua autonomia. A autonomia, para Giddens (1993), é relacionada a uma condição de uma relação igualitária com os outros, incluindo o respeito pelas potencialidades daqueles com os quais se convive, sem sentir-se ameaçado por elas; da mesma forma, requer a configuração dos limites pessoais, que são indispensáveis *na administração bem-sucedida dos relacionamentos*.

**Quadro 3:** Termos incluídos no domínio: **família cuidadora**; termos cobertos: **intimidade familiar**.

*Intimidade familiar:*  
termos incluídos

- a própria casa;
- assuntos relacionados exclusivamente à *primeira família*;
- segredos;
- sexo;
- doenças venéreas;
- organização do espaço familiar; móveis, objetos, utilização;
- religião.

#### 5.4 A MULHER COMO PRINCIPAL CUIDADORA E REPRESENTANTE FAMILIAR NO ENCONTRO ASSISTENCIAL

Na maioria das situações assistenciais, é a mulher a representante familiar – que recebe a equipe do PSF no domicílio, dialoga sobre as necessidades, estratégias e encaminhamentos de saúde dos seus membros.

A mulher representa, no momento do encontro com a equipe, o papel que lhe cabe também no dia-a-dia da vida em família – de cuidadora da saúde de seus membros. Essa tarefa é, primordialmente, da mulher mais experiente e com mais idade na rede feminina familiar, com a missão de transmitir este saber para as mulheres mais jovens da família. Ela tem a responsabilidade de decidir as questões relacionadas aos cuidados de saúde da família, na *primeira* e, muitas vezes, também na *grande família*. Ela aprendeu sobre cuidados à saúde com suas antecessoras (mãe, avó ou sogra), com a equipe PSF e outros recursos terapêuticos da comunidade, incluindo a mídia. Nesse papel ela conta, principalmente, com a sua experiência de vida. Ela sabe sobre cuidados à saúde, ela diagnostica e avalia os problemas que ocorrem e decide sobre os encaminhamentos necessários.

**Recorrem a mim.** Até a minha nora quando tem um probleminha com os meninos ou até com o próprio marido que é o meu filho - fala dona V: “por favor, **dá um alozinho pra mim** o meu menino tá assim...” **sempre é comigo!** Até da parte dele – tem uma nora (do marido) que **qualquer coisa já me telefona**, a filha dele também. (Fam.VC em 20/08/2002).

Historicamente as mulheres têm uma forte ligação com o cuidado; elas “toma conta” da saúde da família, dando-lhe o suporte vital, tecido na trama do viver cotidiano. Elas são mestres na arte de “curar”, e por isso referidas, muitas vezes, ao longo da história, como “curandeiras” (tratam os males que se interpõem à saúde através de ervas, poções e rezas). Desenvolvem, para isso, um saber que é transmitido no tempo e no espaço, de mãe para filha, de vizinha para vizinha, sob a forma de troca de segredos sobre a prática de cuidar (COLLIÈRE, 1989). Este é um “assunto de mulheres”, e por ser, de certa forma, abrigado e mantido no interior da rede feminina familiar, passa a ser tratado como uma questão da intimidade das mulheres da família.

No momento em que ensinam e aprendem sobre esses cuidados, a comunicação entre elas passa a ter um tom de intimidade, ou seja, é algo para ser tratado somente “entre as mulheres”. Desta trama feminina elas excluem, por vezes, categoricamente, qualquer possibilidade de aproximação masculina, por ser [...] *a intimidade das mulheres uma linha intransponível que só as outras mulheres podem atravessar* (MELLO, 1997, p.421). A comunicação sobre os cuidados de saúde – na troca de segredos e confidências – também confere uma certa liberdade de circulação e acesso entre as mulheres da família e das vizinhas mais próximas, no interior dos domicílios. Martins (1999) refere que as mães de família recebem as suas visitas (geralmente outras mulheres da família ou da vizinhança) com maior



liberdade de trânsito, nos espaços internos do domicílio, do que os homens – que recebem, na maioria das vezes, as suas “visitas” de maneira mais formal e cerimoniosa.

A “criação” dos filhos é algo considerado de direito íntimo da família, em especial da mulher, inerente ao próprio papel de preservação da vida familiar; e aí se incluem as decisões sobre os cuidados à saúde e as maneiras próprias de cada família gerir esse processo. Esses assuntos podem ser compartilhados com pessoas “de fora”, mas isso não deve reduzir o espaço de autonomia da família.

**Não gosto que se intromete muito nos meus cuidados de filho! Eu sei como cuidar, né? E eles já querem agir de outro lado, né? - Eu sei como cuidar: eu sei muito bem o que tem que fazer, quando tem uma vacina vencida eu tenho que ir lá dar, mas não ficar toda hora em cima, né? Que nem eles ficam... eles não devem se meter! Não deve se intrometer mesmo, negócio dos... filhos.**  
(Fam.AP em 15/08/2002)

As mulheres – “cuidadoras” da saúde familiar – manifestam, claramente, o exercício da autonomia nas suas decisões e na busca dos recursos para prover a sua família de uma melhor saúde. Donzelot (1986) mostra que, historicamente, a atenção do Estado sobre a saúde e a própria vida das mulheres e das crianças só passou a ser exaltada a partir do século XVIII, com a revalorização do papel educativo das mães e a própria modificação da visão da infância. Desta época até o final do século XIX, surgiram inúmeros tratados médicos e cartilhas educativas destinados às famílias, sobre o modo apropriado de “criar os seus filhos”, no estilo normativo do medieval *manual de civilidade de Erasmo*<sup>6</sup>. Essa nova aliança entre médico e mãe fortaleceu o poder das mulheres na esfera doméstica, atribuindo ao seu papel de mãe uma importante utilidade educativa. O médico conferia à mãe um novo *status* social, ao majorar a sua autoridade civil.

Perrot (1988) sinaliza o início de uma certa autonomia das mulheres frente às questões da esfera privada – no âmbito doméstico – a partir do século XX, em que lhe foram confiados, dentro de determinados limites, a família e a casa. Neste círculo, enquanto esposas e mães, elas se revestem de uma aura de divindade, ligadas ao espaço sagrado do lar, investidas aí, de um grande poder social, principalmente no domínio da família. Assumem a gestão da vida cotidiana da família no espaço doméstico, e aí avaliam, decidem, implementam tarefas ligadas

<sup>6</sup> O primeiro *manual de civilidade* conhecido, no gênero, “*De Civilitate morum puerilium*”, foi de Erasmo, no século XVI, transmitindo regras de conduta em uma época de reagrupamento social, em que a *velha nobreza de cavaleiros feudais estava em declínio, enquanto se encontrava em formação a nova aristocracia das cortes absolutistas*. Nesse contexto, em que se instalavam mudanças estruturais na sociedade, com um novo modelo de relações humanas, aumenta, sensivelmente, o policiamento do próprio comportamento, com a intensificação do controle social (ELIAS, 1990, p.85; 93).

ao “bem-estar” dos seus membros, incluindo os cuidados à saúde, sob a supervisão e o controle dos médicos.

A família moderna configura-se no grupo solitário de pais e filhos, em que toda a energia do grupo é destinada à promoção das crianças, em particular a sua educação, carreira e futuro, como refere Ariès (1981); e nesse sentido, os pais – ainda com especial destaque à figura materna –, responsáveis pela socialização primária, dividem com a instituição escolar – com o Estado – a tarefa de educar os seus filhos.

Na gerência dos assuntos da intimidade, as mulheres – atualmente – parecem delimitar o território doméstico familiar como um espaço de resistência, fazendo frente à homogeneidade que vem “de fora”, à normatização de suas vidas interiores, como sugere Caponi (1999). A intervenção normativa da saúde da família pode resultar na diluição dessas redes de solidariedade entre pares, na redução programada dos espaços de socialização e na ruptura de alianças tradicionais, com conseqüente fragilidade na capacidade de resistência (CAPONI, 2000).

**É eu quem resolvo!** Hoje de manhã já fiz ginástica com os pés; porque o meu pé está secando; agora passou pras mãos e a manhã toda eu fiquei assim; **a minha neta** veio, fez massagem! Isso, **cada um decide à sua maneira!** Nada, **ninguém - interfere na minha vida!** Não mesmo! Como diz o meu neto: “eu te conheço”! (Risos) Ele é danado!... é porque **ele sabe** que eu **não aceito opiniões de terceiros!** Não mesmo! **Eu sei resolver**, a minha cabeça, por enquanto, ainda está boa! **Então ninguém, ninguém, absolutamente, nada, nem família, nada, nada... graças a Deus, ninguém interfere.** O meu neto fala: “eu te conheço” - porque ele sabe que eu **tenho a minha opinião.** (Fam. A em 05/08/2002).

A experiência de vida da mulher é um fator fundamental que lhe outorga a responsabilidade de zelar pela saúde da família – avaliar, decidir, encaminhar, implementar cuidados de saúde e, também, transmitir os seus saberes sobre esses assuntos às mulheres mais jovens.

Geralmente é a mulher mais experiente da família a representante familiar junto à equipe PSF no domicílio. Collière (1989) esclarece que a prática de cuidados das mulheres é reconhecida e valorizada socialmente segundo o prestígio de sua experiência: o conhecimento interiorizado do vivido, traduzindo a sua forma de relação com o mundo. O estatuto da idade madura – de quem já percorreu o fluxo de quase toda uma vida – confere à mulher mais experiente uma posição de respeito e autoridade na arte de cuidar da saúde.

**Fam.: É a mãe. Sou eu, toda vida!**

Pesquisadora: você tem algum outro apoio, na comunidade, para cuidar da saúde da tua família - sem ser no posto de saúde?

Fam.: Não; aqui eu não procuro nada assim - mas **eu própria já tenho conhecimento**: chazinho, coisa natural. Como **eu já tenho três filhos, quatro**, aliás – esqueço sempre de um, né... (riso) claro porque uma é minha filha que tá lá em C., então eu **já tenho numa experiência muito boa!**

Pesquisadora: então quem decide sobre os cuidados de saúde da família?

Fam.: **É sou eu mesma! Sou eu.** (Fam. SU em 25/07/2002).

Pesquisadora: e como ou onde a senhora adquiriu esses conhecimentos?

Fam.: **(o marido) é que ela trabalha com a Pastoral da Criança, dá catequese, tudo quanto é coisa então, isso conta!**

(Fam.VC em 20/08/2002)

Apesar de não compartilhar os assuntos sobre a arte de cuidar com a rede feminina familiar, em determinados casos o homem (marido) é o apoio da mulher na sua tarefa de cuidar da saúde da família; em outros, pode ser também um fator de pressão que influencia, sobremaneira, as suas decisões e ações. Isso quer dizer que o homem tem um papel secundário nesse processo, participando, indiretamente, como um apoio à mulher, ou pressionando-a para um determinado agir.

Olha, aqui (riso) **sobra sempre pra mim. E ele também (marido) se preocupa muito comigo! Ele me dá todo o apoio que eu preciso** ele me dá, ou que meus filhos precisam ele corre. Quer dizer assim: **eu sou a cabeça, mas com todo o apoio dele**, entendeu? **A decisão sempre é da mulher.**

(Fam.VC em:20/08/2002)

Fam.: **só eu mesma, né? Ele não é muito chegado, não!**

Pesquisadora: quando é necessário decidir se leva um filho para o hospital, ou para o posto, ou para fazer um exame, quem toma essa decisão?

Pesquisadora: - e qual seria o papel do homem nisso tudo?

(dúvida) sem resposta - somente sorri e inclina a cabeça.

(Depois de alguns segundos responde) Fam.: **fica tudo pra mulher! Eu digo pra ele que a A1 não tem culpa que foi desmarcada a consulta! Mas ele diz que “a consulta tem que estar certa, eles não podem tirar a consulta das crianças – por que é que foi tirada a consulta das crianças segunda?” – Ah, não sei – algum motivo eles devem de ter!**

Pesquisadora: ele critica, mas não tem a iniciativa de levar as crianças no posto... é isso?

Fam.: **é tudo eu! Tudo eu.... como hoje, era três pra consulta! Era ele, ela e esse pequenininho; aí era os três e no caso eu tinha que ir com tudo sozinha!**

Pesquisadora: então a gente pode dizer que a responsabilidade é tua?

Fam.: **só minha mesmo; e isso é pesado.** (Fam. AP em 15/08/2002).

As mulheres consideram o papel de cuidadora da saúde da família uma grande responsabilidade, e contam com o apoio da equipe PSF como um recurso muito valioso a auxiliá-las nesse processo. A primeira opção para cuidar de um familiar com problema de saúde é sempre o cuidado popular, em não se tratando de uma situação de urgência/emergência.

Sr. JM olhou para a sua esposa e aponta para ela; simultaneamente a Sra. JM responde: “sou eu”. **Ela diz que o marido apóia, opina, mas quem decide sobre os cuidados é a mulher e a equipe ajuda a mulher nessa tarefa; - A equipe deve auxiliar a família, ajudar .**  
(Fam JM em 16/08/2002)

Quando os cuidados populares não resolvem o problema de saúde ou quando se trata de uma emergência, as mulheres “correm” para o Centro de Saúde em busca da ajuda profissional. O termo “correr em busca de ajuda” parece traduzir uma emergência, um limite crítico em que os cuidados populares não são mais eficazes, ou seja, os cuidados populares são utilizados e testados até um limiar crítico da situação de saúde em que ele passa a ter um caráter de urgência. Nesse momento as famílias avaliam que não conseguem resolver eficazmente o problema, e aí ele passa a ser um assunto da alçada da equipe de saúde. Essa avaliação da situação e da eficácia ou ineficácia dos cuidados populares e o reconhecimento da urgência da situação são de competência da mulher. A equipe PSF tem um significado positivo para as famílias no domicílio, principalmente a presença da médica e enfermeira, quando elas percebem um problema de saúde que não pode ser resolvido por meio dos cuidados populares. A intervenção da equipe é, nessa situação, considerada pelas famílias como um recurso necessário.

A médica, a enfermeira é importante na casa quando a gente tá doente, né?  
**Quando tem alguém doente, né? Pra gente seria uma boa!**  
(Fam. SA em 03/05/2002)

Fam.: (em caso de uma emergência) o Posto de Saúde... ah... **eu corro, né?**  
Pesquisadora: então você está dizendo que sente um apoio na equipe?  
Fam.: **um apoio.**  
Pesquisadora: nesse caso qual seria, então, o papel da equipe?  
Fam.: apoiar... não é pra tudo (somente um apoio) **é pra ajudar a gente também, porque tem casos que a gente também não consegue resolver, como – o nenê tinha uma manchinha na perna, né, daí... Ai, Meu Deus! E agora? Será que é da água, será que... daí eu já corri pra médica! Ela me receitou uma pomada, tal... mas eu acho que é pra ajudar, a colaborar com gente também, porque tem casos que eu não consigo resolver!**  
Pesquisadora: então a equipe é importante para ajudar a resolver determinados problemas, é isso?  
Fam.: ôh... se é! É muito, né? (Fam.SU em 25/07/2002)

**Quando é pra cuidar em casa, eu cuido junto com ele, a gente sempre faz isso, faz aquilo, a gente cuida. Mas quando tem que levar pro hospital como foi na segunda-feira, esse meu netinho ficou ruim ele sangrava pelo nariz, que ele tem problema de baço – essas coisas, sangrou vinte minutos sem cessar, aí tava com começo de hemorragia – a minha filha chegou aqui – “mãe tem que levar o W. pro hospital” – já pega o carro e leva ele correndo pro hospital. A decisão foi minha. Leva ele pro hospital que não dá mais pra esperar.**  
(Fam.VC em 20/09/2002)

Quando se trata de uma situação-problema que não se configura, na avaliação da família, em um caso de emergência e se caracteriza como uma “intercorrência comum de

saúde”, a equipe PSF não é reconhecida pela família como um recurso, absolutamente, necessário. São incluídos nesta classificação os casos de vômitos, diarreia, febre, “inchaço”, “vermelhidão”, “friagem”, verminose, resfriado, tosse, entre outros. Os cuidados, nessas situações, são essencialmente da alçada da família, com base nos saberes e na experiência, principalmente, da(s) mulher(es) cuidadora(s). Da mesma maneira são cuidadas as crianças, principalmente, nas fases neonatal e lactente, as puérperas e os idosos. Aqui a participação da equipe PSF é valiosa no sentido de monitorar “tecnicamente” a saúde, acompanhando a evolução das medidas de crescimento e também as imunizações. As orientações técnicas não são descartadas, absolutamente, pelas mulheres cuidadoras; são consideradas como uma colaboração importante, um complemento valioso na arte de cuidar, que pode ou não ser acatado pela família, dependendo da avaliação da sua eficácia para a situação. No entanto, na maioria das vezes, a intervenção profissional não é considerada um recurso, em absoluto, indispensável para a saúde da família.

**Eu cuido da minha maneira, criei os meus cinco filhos e ajudei a criar o neto. Por exemplo: amanheceu com ânsia de vômito, a primeira coisa que eu faço é um chá. Isso aí pode ser vermes, faço um chá de hortelã, boto um alho com vinagre nos pulsos pra vermes. Aí se não der jeito, aí eu corro pro médico - mas se a gente vê, eu no meu caso, que aquilo (orientado pela equipe) não tá adiantando, eu vou fazer o que eu sei! A gente tenta fazer aquilo que a equipe ensinaram, mas também, por trás daquilo faz o nosso - porque os imbuco dos meus filhos - hoje eles (da equipe) curam com iodo, com remédio - eu criei os meus 5 filhos com a banha da galinha no imbuco e o pó de quina<sup>7</sup>. Foi tudo muito bem; todos eles nunca tiveram problemas e quase nem cólica não sentiram. Eu falo francamente - eu sou muito de chá! Se o meu filho tá com uma tosse eu digo -“ó: faz um chazinho de guaco com mel... e dá, né”? Ninguém compra xarope aqui em casa pra remédio de gripe. Remédio de gripe: eu ferver limão com um dente de alho, casca da laranja, capim limão - não procuro médico pra gripe, pros filho e nem pra ele (marido), então eu uso muito isso. (Fam. VC em 20/09/2002).**

Helman (1994) esclarece que a família é a primeira instância de assistência à saúde em qualquer sociedade; é nesta sede que as doenças são identificadas e tratadas, geralmente por mães e avós, com os recursos disponíveis em seu meio, o que Kleinman (1980) denomina de *alternativa informal*<sup>8</sup>. Segundo Helman (1994), entre 70% e 90% dos tratamentos de saúde

<sup>7</sup> Segundo os ACS's que moram na comunidade em que foi desenvolvida a pesquisa, *pó de quina* é a casca de determinada árvore, submetida a um processo de trituração.

<sup>8</sup> Kleinman (1980) identificou três alternativas de assistência à saúde em sociedades complexas, sobrepostas entre si: a informal, a popular e a profissional, sendo que cada uma delas tem explicações particulares sobre as doenças, maneiras próprias de tratá-las e definir o seu processo de cura. A alternativa informal ocupa um lugar não profissional ou leigo, não especializado, na sociedade - em que as doenças são originariamente reconhecidas e definidas e tratadas através da automedicação, aconselhamentos de parentes, amigos ou pessoas experientes. Também se inclui, nessa alternativa, a assistência religiosa. A alternativa popular abarca todos os *especialistas em métodos de cura* que não fazem parte do sistema oficial ou profissional, ocupando um espaço intermediário entre as duas outras alternativas. O setor profissional engloba as profissões da saúde legalizadas pela sociedade, com obrigações claramente definidas e um alto status social.

ocorrem no setor familiar, tanto em sociedades ocidentais quanto não-ocidentais. O autor afirma que existe uma *hierarquia de recursos* que se estende desde a automedicação até as consultas a outrem. Os tratamentos de saúde nesse setor se dão, geralmente, entre pessoas com relações familiares, de amizade, residência comum ou de organizações profissionais ou religiosas, que compartilham a mesma visão sobre saúde e doença e, cuja maior credencial é a própria experiência no assunto. Emprestando as palavras de Kleinman, esse autor refere que existe uma tendência da família em manter o membro familiar doente, a própria doença e os problemas sociais que dela decorrem dentro do âmbito familiar, ao invés de compartilhá-la com pessoas de fora, do âmbito público. Isso revela que a situação social que envolve a ocorrência de uma doença na família diz respeito à esfera íntima – um assunto de família que envolve, de alguma forma, todos os seus membros e diz respeito, em uma primeira instância, ao “interior” da família.

**Quadro 4:** Termos incluídos no domínio: **família cuidadora**; termos cobertos: **mulher principal cuidadora e representante familiar**.

*Mulher principal cuidadora e representante familiar:*

termos incluídos:

- cuidados de saúde da família; saber de mulheres; papel de mulheres;
- a mulher sabe cuidar; a experiência conta; ela ensina às mais jovens; ela tem responsabilidade pela saúde da família, ela decide sobre os cuidados;
- PSF em caso de doença; família não consegue resolver; corre em busca da ajuda profissional;
- conta com a equipe PSF – que apóia, ajuda, socorre a família –; equipe é um recurso necessário;
- equipe orienta, colabora; família tenta fazer; não está adiantando; vai fazer conforme aquilo que sabe;
- família decide e cuida à sua maneira – equipe não é um recurso, absolutamente, necessário.

## 5. 5 O RECONHECIMENTO DA EQUIPE PSF NO DOMICÍLIO

Quando as famílias se referem à equipe PSF que atua no domicílio, elas evocam, prioritariamente, o ACS; quando se referem à equipe que atua no CS, elas nomeiam, mais especificamente, a médica e “as enfermeiras”. Assim, as famílias, de um modo geral, não reconhecem a equipe multidisciplinar atuando no domicílio e nem o ACS integrado ao trabalho da equipe no CS; são coisas bem distintas. O trabalho dos ACS’s só tem uma certa ligação com o trabalho da equipe PSF quando se trata de informar ou viabilizar os serviços prestados pelos profissionais no CS. Não há, por parte das famílias, a percepção de um elo assistencial no trabalho desenvolvido pelo conjunto: equipe PSF e PACS, com vistas à sua

saúde, ou seja, a família percebe uma desarticulação na atuação dos diferentes membros da equipe PSF e PACS.

**Lá no posto melhorou, depois que as agentes de saúde começaram a vir. Porque elas vêm aqui e já dizem o dia que a gente vai lá para ser atendida, tem ficha, quantas fichas dão... a gente já vai sabendo, né? Já é mais fácil, né? - Eles vêm na casa da gente, orientam a gente, pra gente foi um lado bom esse aí. Tá melhor, porque às vezes as crianças estão doentes, eles acompanham o peso da criança e a saúde. Pra gente foi melhor, né? A gente já está mais por dentro das coisas, pra mim eu achei muito bom isso aí. No começo a gente ficava assim: o que é que elas vieram fazer? A gente pensava assim, né? Mas depois acostumou com elas; elas tratam bem a gente, são bem atenciosas... tem aquela que tava lá (no CS), ela já vem 2 anos aqui, direto, todo mês ela vem aqui! Pra mim tá bom assim! Pra mim é uma coisa boa, né? (Fam.S A em 03/05/2002)**

As famílias parecem não conhecer, claramente, o papel dos diferentes membros da equipe, principalmente quando se trata da assistência domiciliar. O papel do médico no Centro de Saúde e, também, no domicílio, é o mais reconhecido pelas famílias – como uma ação curativa e de aconselhamento em saúde.

**Fam.: todas não; as agentes sim – aquela que veio aqui em casa; a médica sim; a J. (aux.de enf) que também é agente de saúde, a gente conhece quase todas elas só que o nome a gente não sabe!**

**Pesquisadora: A J. você conhece da comunidade ou do posto? Ela é aux. de enf.**

**Fam.: do posto! Ela faz injeção. As outras eu não tenho muita idéia**  
(Fam.SA em 03/05/2002)

**A P1, ela visitava, bastante vezes ela veio aqui! Era importante porque ela media a pressão dela, ela via como é que ela estava, dava conselho pra ela, ajudava mais a gente! O remédio que ela toma eu vou lá, se tem o remédio elas me dão. Das enfermeiras lá do posto também não tenho nada a reclamar. Ali dentro do posto não tem nada a reclamar! – a gente é bem atendida, nos exames e tudo.**  
(Fam.VC em 20/09/2002)

**A P2 foi me orientar eu já conhecia lá do posto - o ACS tem que vir (na casa) pra ver como é que está a saúde das pessoas, né? Pra ver... de repente, na intimidade a pessoa não procura um posto de saúde... não procura... é isso aí?**  
(Fam. SU em 25/07/2002)

**A P1 já veio uma vez (em casa - além dos ACS's). Foi bom! Ela conversou bastante! Foi na época em que a minha cirurgia tinha inflamado, né? Daí ela veio, conversou, olhou, mas foi muito bom! (Fam. AP em 15/08/2002)**

**Ela vem por causa do negócio de vacina, né? Vê se as vacinas estão em dia, vem saber como é que eles (crianças) estão, se tá tudo bem, né?**  
(Fam. AP em 15/08/2002)

Em especial, o papel do ACS – que é, para as famílias, a referência da equipe PSF da assistência domiciliar – é praticamente desconhecido pela grande maioria dos sujeitos. A razão do desconhecimento do papel dos ACS's no domicílio parece estar ligada com a falta de

esclarecimento e, também, pelo pouco contato com as famílias – devido à ausência ou pouca frequência de suas visitas.

**Olha, eu, na verdade, na verdade, eu sei, eu pra mim, a função delas é avisar quando é marcada uma consulta, quando é preciso dar uma vacina, quando tem alguém doente - a mais em casa - elas vem ver a pessoa como é que tá... aqui em casa nós tinha um senhor que tava com tuberculose e elas cuidaram muito, né? – Se ele tava tomando remédio, se ele não tava... É muito útil (o trabalho dos ACS's); só que a única coisa é que elas teriam que... visitar mais as casas, né? Visitam muito pouco! Só na hora que precisa fazer um exame ou avisar que tem um exame, que tem vacina, vê se nasceu o nenê, se o nenê tomou vacina, - só nessas áreas que elas tão fazendo - no caso, daí é muito bom - mas eu acho que precisava mais... né? (Fam. C em 16/08/2002)**

**Não sei... nunca vieram na minha casa! (Retifica) Só aquela vez com a P2, foi só aquela vez!**  
**Eles têm que ir nas casas, uma vez por mês? Como é que é? Ali na nossa casa não ia ninguém. Todo mundo reclamava, porque não iam ali... é um direito que a gente tem, né? E ninguém ia ali!**  
 (Fam. SU em 25/07/2002)

**(Sobre o papel dos ACS's) Passam ali a caminho (na rua): “a senhora pode assinar aqui pra mim pra comprovar como eu fiz visita”? Assim que elas fazem! Às vezes elas nem entram aqui - lá do portão elas chamam e pedem pra gente assinar e como é que tá a dona C? A mãe tá do jeito dela... “Ah, então a senhora assina aqui - como eu passei aqui”? Não me custa nada assinar - então eu assino... vou fazer o que? Porque elas só perguntam uma coisa, às vezes, que eu tô cansada de responder. (Fam. VC em 20/09/2002).**

Pretender uma interação entre a família e a equipe do PSF requer, em uma primeira instância, um conhecimento recíproco e a definição dos papéis de cada ator social na situação assistencial. Isto é a base para a comunicação, para chegar aos acordos que venham direcionar as ações da equipe e da família, no sentido de alcançar um patamar de melhor saúde desta última, como dizem Chiesa e Veríssimo (BRASIL, 2001). Assim, acredito que o desconhecimento do trabalho da equipe, dos papéis dos seus diferentes membros, a inexistência de uma visão clara dos objetivos assistenciais, por parte da família, traduz uma fragmentação das ações profissionais que, pulverizadas e desgastadas, tornam-se, por vezes, superficiais. Aqui reside um grande obstáculo para a aproximação contextual entre família e equipe – uma inadequação do processo comunicativo.

Uma grande parte das famílias parece não perceber o contato dos ACS's, em suas casas, com a conotação de compartilhar a intimidade familiar; o relacionamento entre famílias e ACS's parece ser mais superficial, muito breve e pouco freqüente. No entanto, aquelas famílias que perceberam uma atitude interventiva da equipe no espaço da sua intimidade apresentaram uma franca rejeição à sua presença no domicílio.



Elas chegam ali, conversam um pouquinho e já saem, né? Não chegam assim (a interferir), porque elas chegam ali na porta, anotam e ali vão embora. Elas nunca entraram mais... aí seria uma coisa estranha mesmo, né? Isso nunca aconteceu. Porque elas vêm, ficam um pouquinho ali, perguntam, conversam com a gente, pronto e já vão embora, né? Então a gente não fica assim, né? Elas não procuram perguntar outras coisas, uma coisa ou outra. Então elas não interferem muito, não tomam o tempo da gente. (Fam. SA em 03/052002).

Fam.: não faz falta – porque... né... eu sei o que tem que fazer... eu sei que tem que levar no posto, tem que pesar, tem que medir pra ver se tá bem...

Pesquisadora: então você está me dizendo que você poderia cuidar da saúde da sua família sem o auxílio dos ACS's?

Fam.: eu gosto dela, mas...

Pesquisadora: e se a P1 ou a P2 viessem mais aqui na sua casa, seria melhor para a saúde da sua família?

Fam.: também não ia fazer diferença.

(Fam AP em 15/08/2002)

A intervenção profissional, despida de objetivos assistenciais claramente definidos, de uma relação intersubjetiva - de ajuda efetiva e comprometida - pode ter, aos olhos da família, um caráter ameaçador de invasão do seu espaço interior, e até de uma denúncia pública da sua intimidade.

Por outro lado, as famílias não estão percebendo a resolução dos problemas de saúde levantados pelos ACS's nos seus domicílios. Isso faz com que o trabalho desses agentes caia no descrédito da família. Esse fato traz consigo a falta de perspectivas da assistência domiciliar e torna a presença dos ACS's um acontecimento rotineiro, repetitivo, sem objetivos definidos, ou seja, uma convivência social com pouco impacto positivo no processo de cuidados à saúde. Esse tipo de relacionamento não acrescenta, basicamente, elementos importantes à construção de um processo comunicativo efetivo entre família e equipe PSF, especialmente no que se refere ao trabalho dos ACS's. É preciso atentar ao fato que a perpetuação desse tipo de relação, no contexto das políticas de saúde, poderá retornar a uma base assistencialista e ineficaz, no estilo daquelas que as intervenções populistas implantaram no imaginário das famílias.

Eu tive um problema aqui (na mama) que eu operei; aí eu fui lá no posto de saúde pra marcar (o exame). Eu sei que ia demorar pra me atender, tal, aí eu disse : “Ah... não, e se for um câncer, vai se expandir, daqui 1 mês, 2... estou morta”. O tempo que eles levam pra me atender eu vou estar morta! Então tem que ser uma coisa mais urgente, né? Porque daqui que tu vai fazer exame, daqui que tu vai... não tem como – esperar o resultado – então demora muito!

(Sobre os problemas levantados pelos ACS's no domicílio) - Se não é pra ajudar a resolver mesmo... então saia fora! Porque o que adianta? Pra isso já basta um posto de saúde que, às vezes, demora pra marcar um exame, uma consulta... eu já nem sei se é por causa do posto de saúde ou de onde vem isso... tanta demora! (Fam. SU em 25/0720/2002)

O problema é a gente marcar médico, dentista, isso é um pouco complicado, né? Elas dizem o dia que marca, né? Daí a gente vai lá, se a gente conseguir marcar aquele dia, conseguiu... senão, espera a outra semana. Isso poderia ser bem melhor, né? Eu digo... ter uns horários assim, mais... em vez de ter que ir às 4 horas da madrugada para conseguir uma ficha... chega lá, às vezes, tu não consegue, volta pra casa e fica só pra outra semana e assim vai passando, né? Poderia ser bem melhor, né? Depois que conseguiu marcar a gente consulta, né? Se precisa exame ela marca, né... isso funciona; às vezes tem exame lá, elas vêm trazer. Nem todos os problemas elas conseguem resolver, não depende delas, né? Aí complica pra gente, né? (Fam. SA em 03/05/2002)

É isso! A gente fala pela gente e também pelas outras família; a gente escuta as famílias reclamar: “não sei pra que o governo paga tantos agentes de saúde - pra tá parada – porque elas não fazem nada pelas famílias” – eu vou ser bem sincera contigo – é o que a gente vê na comunidade. Porque elas só perguntam uma coisa, às vezes, que eu tô cansada de responder. Não favorece em nada. (Fam VC em 20/09/2002)

**Quadro 5:** Termos incluídos no domínio: **relações família/equipe PSF no domicílio;** termos cobertos: **significado da presença da equipe PSF no domicílio.**

*Significado da presença da equipe PSF no domicílio:*

termos incluídos:

ACS: representantes da equipe PSF no domicílio;	ACS: não veio aqui; não foi na casa da família;
ACS: aqui em casa; lá do posto (médica, “enfermeiras”);	ACS: veio assinar comprovante da visita;
ACS: estou acostumada; não atrapalham; coisa boa;	ACS: fazem muita pergunta;
ACS: só ajudam; considera positivo;	ACS: não têm idéia do que vêm fazer no domicílio;
ACS: orientam; acompanham;	ACS: inspiram medo de denúncia para SOS-Criança;
ACS: viabilizam melhor atendimento no posto;	ACS: complica, poderia ser melhor;
ACS: avisam sobre exames;	ACS: não favorece; falta apoio;
ACS: vêm ver se nasceu o nenê; ver o negócio da vacina;	ACS: não tomam o tempo da gente; não interferem;
ACS: ver se tá tudo bem; ver se não falta nada;	ACS: deve agendar as visitas;
	ACS: ficam só um pouco;
	ACS: deve sujeitar-se às possibilidades da família;
	ACS: não ajuda a resolver.

## 5.6 AS EXPECTATIVAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE PSF NO DOMICÍLIO

As famílias esperam da equipe uma relação de ajuda efetiva para a sua saúde; esperam que a equipe olhe para aquilo que está sendo, realmente, problemático em suas vidas. Manifestam o desejo de serem vistas e serem ajudadas de uma maneira mais integralizada e contextualizada, ou seja, ter os seus problemas de saúde mais relacionados ao contexto da própria vida, no âmbito das suas relações sociais, nos diferentes papéis que vivenciam no processo de cuidar da saúde.

Às vezes, tem coisas que eles deviam perguntar, mas não estão interessados... e pra mim é importante. (Fam SU em 25/07/2002).

Se eles me ajudassem... me ajudassem no que... **sobre negócio de alimentação, né? A cesta básica – isso aí seria bom! Porque todo mundo tem direito - direito pra um, direito pra todos! Isso aí eu queria, mas até agora [...].**  
(Fam. AP em 15/08/2002)

Claro, ela (P1) **coloca a gente à vontade!** Muitas vezes eu cheguei ali pra consultar sobre uma coisa e, no fundo, não era daquilo! **Não era a dor que eu tava sentindo que tava me judiando! Era sentimentalmente, no coração!** Então ela conseguia ir lá no fundinho, assim... Ah... muito importante! Às vezes tu vai no médico só pra consultar uma dor e aquela dor é proveniente... não é nem dor... como aconteceu comigo isso [...]. (Fam. C em 16/08/2002).

As famílias desejam ser vistas na saúde e na doença – quem está doente e o seu cuidador. Isso requer uma visão integralizada e, ao mesmo tempo, multiforme, da situação assistencial no domicílio. O foco assistencial individualizado não satisfaz às famílias; elas desejam ser auxiliadas de maneira mais contextualizada, compreendida dentro das relações familiares em situações de saúde ou doença.

Eu acharia bom, porque pelo menos elas vinham, conversavam, sabiam como está o estado dela, como estava o meu também – cuidando dela – porque ela é uma pessoa que ela é difícil de se cuidar – eu às vezes fico estressada, fico nervosa também, então eu acharia que seria muito bom - que olhe o cuidador da pessoa também - não só a doente! Olha também a pessoa que cuida porque, às vezes, a gente também fica estressada, a gente fica nervosa, porque uma pessoa idosa pra cuidar - dá problema! Às vezes eu digo pra ela assim: “ó, mãe, a senhora tem que ficar mais calma, pra eu poder ficar calma também, porque se a senhora me deixa em cima do salto, e eu também não posso lidar com você direito - então precisa muito disso aí também. (Fam. VC em 20/09/2002).

Para uma assistência dessa natureza, as famílias esperam contar com o interesse e a disponibilidade da equipe. Isto requer manifestações de dedicação e atenção para com as famílias nos domicílios; requer atitudes como: sentar e conversar sobre a saúde, sobre os problemas, sobre as suas relações e encaminhamentos possíveis e eficazes. A família deseja uma atenção profissional sensível, comunicativa e eficaz, o que, por vezes, não é decodificado pela equipe, em especial pelos ACS's.

(A6 falou que havia uma família, em sua área, que era um exemplo claro daquilo que vínhamos falando - sobre as resistências ante a presença da equipe). Contou-me que na família VC havia uma senhora idosa, a “vòzinha”, cuidada pela Sra.V, sua filha. **Sempre que A6 chega ao domicílio é recebida pela Sra. V, no portão; quando pergunta pela sua mãe, ela responde que está tudo bem e A6 não consegue ver a “vòzinha”.**

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/11/2001 em que A6 falou-me sobre as suas dificuldades de acesso à Fam. VC).

(Depoimento da Sra. V que cuida da sua mãe idosa – a “vòzinha” a quem A6 se referia em seu relato). Que elas (ACS's) **freqüentassem mais as famílias – porque**

tem muita família que necessita da ajuda delas (ACS's) e elas só passam; tem hora que elas passam e nem chegam na casa!

Você tem que partir do que é que você pode ajudar aquele casal. Se é ajuda financeira, se é um psicólogo, aí você tem que procurar vê até que ponto vai o problema deles pra você saber como vai entrar - ou com psicólogo, ou com pedagoga, ou se é um problema financeiro. A pessoa que vai visitar a outra, que tá com saúde, ela **tem que saber se expressar!** “Olha nós temo vindo aqui visitar a senhora todo o mês, é um programa de rotina, só pra ver se a senhora tá bem ou se a senhora não tá! A hora que a senhora precisar duma ajuda - a senhora me telefona ou telefona pro posto que a gente corre aqui vê! Não é preciso a gente vim lhe visitar só quando a senhora tá doente! A gente vem lhe visitar, vem conversar com a senhora, quando a senhora tá com saúde também!” A questão das pessoas é que elas só precisam de ajuda quando estão doentes! E nós mesma, a família, nós temos que ter isso! Não só receber a agente, o pessoal da saúde quando a pessoa tá precisando! Pô, se elas vêm todo mês aqui, abrir a porta – que elas se sentem ou conversem – eu acho que seria um prazer pra nós se elas viessem com saúde ou com doença, mas viesse todo mês nos visitar! Pelo menos a gente está entendendo que elas tão sendo interessadas pelo nosso problema! – Não só pela nossa doença, mas pela nossa saúde também! Porque esse mês ela vem aqui eu tô com saúde, mas sei lá se o mês que vem ela vir se eu tô com saúde – elas também não sabem! Então elas vêm pra ver se eu tô com saúde ou se eu não tô!

(Fam. VC em 20/09/2002)

No diálogo assistencial deve transparecer o respeito à alteridade, a abertura da equipe para com o saber e a experiência da família na arte de cuidar da saúde. Ela deseja ser respeitada e valorizada naquilo que acredita saber fazer em prol da sua saúde. Espera que a equipe ajude-a nessa tarefa, colocando-se disponível para socorrê-la quando houver necessidade, ou seja, quando os seus cuidados não apresentarem resultados favoráveis e quando ela, a família, julgar necessária a intervenção profissional. Isso parece revelar o exercício da autonomia familiar, firmando a sua identidade como cuidadora da sua saúde e demarcando um espaço respeitável para o seu saber, diante da equipe, em seu domicílio. A abertura e o respeito à diversidade, enfim, a alteridade, parece ser uma condição fundamental para o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a família e a equipe PSF.

Aí ela tem medo de se abrir pra você, porque você não foi coerente com ela! Você se opôs, com o seu estudo, você não concordou com a experiência dela! Você não passou nenhuma confiança pra ela. (Fam. VC em 20/09/2002).

**Quadro 6:** Termos incluídos no domínio: **relações família/equipe PSF** no domicílio; termos cobertos: **expectativas** em relação à assistência da equipe PSF no domicílio.

*Expectativas em relação à assistência da equipe PSF no domicílio:*

termos incluídos

ACS - devem sentar e conversar mais;

ACS - dar atenção ao cuidador familiar;

ACS - precisam saber expressar-se perante a família; perguntar o que é importante para a família;

ACS - devem avaliar como podem ajudar a família;

ACS - deve chegar mais “na casa”, na família, estar mais junto à família; estar mais disponível para a família.

ACS - devem mostrar-se interessados na saúde da família; devem mostrar-se interessados nos problemas da família.

## 5. 7 OS COMPLICADORES ESTRUTURAIS

Quando apontam as dificuldades estruturais que interferem no desenvolvimento da assistência domiciliar, as famílias se referem aos profissionais da equipe PSF e não mais, especificamente, aos ACS's. Elas reconhecem as limitações de tempo dos profissionais PSF, que atuam no CS, para o desenvolvimento de uma assistência domiciliar às famílias, tendo consciência das dificuldades estruturais que se instalam no processo de trabalho destes.

Apontam claramente o problema de sobrecarga de trabalho desses profissionais, individualmente, e a necessidade de mais uma equipe para atuar junto à comunidade. Nesse sentido, as famílias se sensibilizam com o esforço que a atual equipe vem fazendo para atender à demanda do CS. Por isso, determinadas famílias procuram resolver os seus problemas de saúde “a seu modo” em casa, deixando de buscar atendimento no CS para não sobrecarregar ainda mais a equipe.

Fam.: é, pois é... justamente... eu me lembro que eu ia no posto de saúde consultar, né... a P1, pra mim, ela foi muito boa, mas como **era muita gente pra uma** (profissional) **só – um absurdo, né... de repente - elas até querem, mas porque é muita coisa pra elas.**

Pesquisadora: então você acha que são poucos profissionais para atender a comunidade no posto e nas casas?

Fam.: é, **precisava ter mais.** (Fam. SU em 25/07/2002).

**Colocar mais médico no posto! É muita gente pra pouco médico! Precisaria mais uma equipe.** Até as próprias médicas, tadinhas, **elas se estafam, né?** A gente vê, assim, que **elas querem atender melhor e não conseguem.** Eu já vou no médico, mesmo, só à hora que precisar marcar mesmo...

Eu não sei se tu sabe, eu tinha um a filha com HIV, né? Uma época, faz... vai fazer, agora em outubro, dois anos que ela faleceu; inclusive a M., - eu tô falando M., porque era a médica que nós tinha ali – o que tá ali é a L. né... eu também já consultei com ela e é uma ótima médica – mas a M. se propunha a vir na casa se precisasse – **só que nunca usei ela porque eu via que ela corria, tanto, tanto, que eu mesma preferia pegar a J. e fazer o que tivesse que fazer pra não ocupar tanto, né?**

Eles (da equipe atual) **não têm mais o que fazer** (além do que já fazem) **eles dão o que podem!** É o que as gurias falam.... **tem que reclamar lá na Secretaria da Saúde, né?** E o povo fica muito parado. (Fam. C em 16/08/2002).

Por outro lado, as famílias apontam, como um dos principais problemas do sistema de saúde, a morosidade e também a falta de resolutividade nos níveis das especialidades, principalmente quando se trata de consultas especializadas e exames de maior complexidade. Elas percebem que o trabalho da equipe PSF é limitado, quando se trata de questões de maior complexidade assistencial, e aí identificam as falhas do SUS, compreendendo a implicação da dimensão política dos seus problemas de saúde.

Fam.: ai... agora... porque... assim eu não sei donde começa isso, né? É assim... é **muita gente pra pouco atendimento**, né? A gente vai lá elas até são (atenciosas)... também tem umas que não dão aquela atenção toda, né... pra pessoa, até respondem meio... mas eu acho assim: a gente vai lá, **tendo marcação de consulta mais rápido**, né... vamos supor: tem uma dor na bexiga, aí aquilo ali pode ser um começo de câncer, mas daqui que tu vai lá, marca um Raio-X, daqui que tu vai pegar o resultado, daqui que tu vai levar pro médico e volte... eu acho assim: que **precisa mais rapidez nisso aí! Pra resolver - às vezes não é nem tanto no posto - é mais é lá... os exames, né...- pra cima**. Igual na minha gravidez, eu cheguei lá no INPS, cheguei pra fazer um exame: “ah.. a médica ficou doente”... tudo bem, é um direito dela ficar doente, da mãe morrer, mas tem que ter outra e não tinha... e daí? A minha gravidez é de risco, e **onde é que eu vou ficar nisso tudo?**

Pesquisadora: e isso acontece muito seguido?

Fam.: **muito, muito, muito** (nos outros níveis), **porque ali (no posto) até eles são rápidos**. (Fam. SU em 25/07/2002).

Sr. JM conta uma longa história sobre um problema que o casal enfrentou quando a Sra. JM precisou marcar um hemograma através do CS local e isso **demorou mais de 1 mês**; o casal **mostrou-se muito indignado com esta experiência** e o Sr. JM concluiu: **“quando cai nesse pessoal especializado daí complica”!** O Sr. JM se altera um pouco e diz que a saúde é para quem tem dinheiro; que os pobres não conseguem resolver os seus problemas de saúde adequadamente, porque dependem do SUS para isso. Enfim, para resolver os problemas, **precisam pagar uma consulta particular, senão não se resolve os problemas de saúde**.

Ambos responderam, enfaticamente, que **deveria haver uma melhoria no tempo de espera para o atendimento médico e principalmente para a realização de exames especializados**. (Fam. JM em 16/08/2002).

**Quadro 7:** Termos incluídos no domínio: **relações família/equipe PSF no domicílio**; termos cobertos: **complicadores estruturais / institucionais**.

*Complicadores estruturais:*

termos incluídos

- muita gente no posto (referindo-se à demanda);
- é cheio o dia todo;
- muita coisa para a equipe PSF resolver;
- muita gente (demanda) para pouco atendimento;
- precisaria mais uma equipe PSF na comunidade; muita gente para pouco médico;
- precisava ter mais profissionais; mais médico no posto;
- profissionais querem atender melhor - não conseguem;
- dão o que podem, não têm mais o que fazer (além do que já fazem);
- elas se estafam;
- a gente procura não ocupar tanto (a equipe PSF);
- os problemas estão acima da equipe; - quando cai no pessoal especializado complica;
- os pobres não conseguem resolver os seus problemas porque dependem do SUS;
- tem que reclamar na secretaria;
- o povo fica muito parado.

## **– Capítulo 6 –**

### **A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL – NA ÓTICA DA EQUIPE PSF**

Neste capítulo trarei as contribuições dos integrantes da equipe PSF participante deste estudo, a respeito da situação assistencial domiciliar. De início, descreverei as suas características e o contexto de trabalho em que se encontram inseridos. Destacarei, em seguida, como a equipe percebe o seu papel profissional nesta situação e quais são os integrantes que, reconhecidamente, a representam junto às famílias nesse encontro. Apresentarei as concepções dos membros da equipe sobre “família” e “intimidade familiar” e, também, os seus desafios ao transitarem por esse território.

#### **6.1 OS INTEGRANTES E O CONTEXTO DE SEU TRABALHO**

A equipe PSF é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e dezesseis ACS's dos quais, seis, que atuam na área 251, participaram deste estudo. A estrutura de apoio no CS conta com uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de serviços gerais, um odontólogo e um auxiliar de consultório odontológico.

No grupo de ACS's, quinze são do sexo feminino e um do sexo masculino. Dentre os ACS's há auxiliares de enfermagem formados, e alguns em processo de formação; outros, só receberam o treinamento previsto pelo PACS. Todos os ACS's são moradores da comunidade, sendo que a maioria é nativa da localidade, cujas famílias vivem ali há várias gerações.

A auxiliar de enfermagem é moradora e nativa da comunidade, irmã de uma das ACS's e filha da auxiliar administrativa, que já foi atendente de enfermagem neste CS em tempos passados. Esta participou do movimento comunitário para construção deste CS e a sua família é moradora local há longo tempo; todos têm um conhecimento bastante familiarizado com um grande número de pessoas, principalmente com os nativos da comunidade.

A coordenação do CS está a cargo da médica, que reside na comunidade vizinha, mas tem um contato próximo com os moradores da comunidade. É profunda conhecedora da cultura local, tem uma boa comunicação com a comunidade e, além de atender à demanda do CS, tem um grande envolvimento com os grupos educativos.

A enfermeira e a técnica de enfermagem não são moradoras locais, mas têm um bom entrosamento com a comunidade.

O trabalho dos ACS's é coordenado pela enfermeira. Há reuniões periódicas entre os membros da equipe como um todo e, mensalmente, reúnem-se os ACS's com a enfermeira e, também, com a médica.

Essa equipe atende toda a demanda do CS e também faz o atendimento domiciliário das famílias. Os ACS's visitam as famílias no mínimo uma vez por mês e cadastram as crianças, com especial atenção às recém-nascidas, gestantes, diabéticos, hipertensos, hansenianos e tuberculosos. Acompanham o controle de saúde das crianças através dos registros constantes na caderneta de saúde, como vacinações, consultas para o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, ocorrência de intercorrências como febre, diarreia e resfriados, e comunicam aos profissionais do CS a ocorrência de outras doenças ou situações identificadas por eles no domicílio das famílias. A técnica e a auxiliar de enfermagem prestam cuidados nos domicílios, mais especificamente em se tratando de curativos, injeções, verificação de sinais vitais e testes glicêmicos, quando o cliente apresenta dificuldades de locomoção até o CS. A enfermeira acompanha as puérperas e os recém-nascidos nos domicílios, na primeira semana após o nascimento da criança e, posteriormente, de acordo com a necessidade. Eventualmente ela acompanha os ACS's em visitas às famílias, e isso ocorre no caso em que os relacionamentos são mais difíceis, quando a família não é receptiva aos ACS's. A médica reserva uma tarde por semana para ir ao domicílio daquelas pessoas com situações de saúde mais problemáticas, com dificuldades de locomoção e necessidade de avaliação clínica. Da mesma forma, ela também atende os casos de emergência no domicílio, quando solicitada. No CS encontra-se um livro de agendamento de visitas domiciliares, em que os ACS's registram os recados, notificando as famílias que necessitam de atendimento domiciliar por parte dos



profissionais do CS, e o provável motivo para esse atendimento. Nas reuniões com a enfermeira e também com a médica, os ACS's reportam, a essas profissionais, a situação das famílias por eles visitadas.

Os grupos educativos são reunidos, periodicamente, sob a coordenação da médica ou da enfermeira, geralmente na Associação dos Moradores da Comunidade; estão constituídos os grupos de diabéticos, hipertensos e de fitoterapia, que têm encontros semanais.

Na Unidade Básica de Saúde – ou Centro de Saúde – são oferecidos os seguintes serviços: consultas médicas na área de pediatria, ginecologia e clínica geral; consulta de enfermagem – à mulher no período pré-natal e na prevenção do câncer de colo de útero; consultas odontológicas; vacinação – dando a cobertura a todo o esquema de imunizações da rede pública; curativos, injeções, verificação de sinais vitais e testes glicêmicos; grupos educativos de diabéticos, hipertensos, gestantes, e de fitoterapia e assistência domiciliar. O seu horário de funcionamento é 7:00h-17:00h, de segunda a sexta-feira.

## 6.2 O REPRESENTANTE NO ENCONTRO ASSISTENCIAL COM A FAMÍLIA NO DOMICÍLIO – O PAPEL PROFISSIONAL

A responsabilidade profissional é compreendida como algo necessário para fazer “funcionar”, adequadamente, o sistema de saúde em nível local. Isso quer dizer que cabe à equipe PSF o trabalho junto às famílias na comunidade, sendo-lhe exigida, pelo sistema de saúde, a garantia da qualidade assistencial neste nível. Existe especialmente, por parte dos ACS's, uma clara compreensão de que esse senso de responsabilidade só é eficaz quando integrado a uma rede de co-responsabilidades com os demais níveis de assistência.

*Pra funcionar (em nível local – apontando o desenho) – aqui tem que funcionar (apontando no desenho - nos níveis municipais e federais), pro **nosso trabalho funcionar**; o **trabalho do agente pra funcionar**, o **posto de saúde e a equipe tem que funcionar**; a **equipe tem que funcionar e a que é ligada ao posto de saúde** (apontando, no desenho, o nível municipal) **também tem que funcionar**; se não funcionar eu quebro aqui (apontando, no desenho, o nível local), porque eu não posso agir sozinha, entendeu? (A1 em 26/04/2002).*

A equipe é consciente de sua responsabilidade no que diz respeito ao cumprimento do programa. Persegue atentamente às prioridades estabelecidas nas suas diretrizes e tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida das famílias e, para isso, envolve-se e compromete-

se com a melhoria da sua saúde. Ser responsável quer dizer, então, assumir, de perto, o acompanhamento de saúde da família; isto tem uma relação com o *dever profissional*.

Existem **prioridades para assistência** através dos seis marcadores no PSF. Os ACS's têm que passar, todos os meses, naquelas famílias. Como (profissional) visito as famílias - priorizadas através dos relatos dos ACS's. Costumo visitar todas as puérperas - conquistando aquela mulher (gestante) se ganha a mãe. Através da mãe ela acaba contando a história do pai, aí se vê toda a família; porque ela também já tem outros filhos que são vistos. Aí o que acontece: quando ele vem no posto, eu já sei quem ele é; quando eu preciso entrar em contato com ele eu já sei com quem é que eu vou falar e a **nossa responsabilidade para com eles seria proporcionar, dentro do nosso alcance, aquilo que seria melhor para a saúde deles, dar uma melhor condição de vida** para eles. Se ele é um diabético eu sei que ele tem uma certa urgência e eu vou tentar agilizar (por exemplo: aquele exame para ele); se é uma gestante que está no pré-natal eu sei que ela vai precisar aquele exame; se eu sei que ele é um diabético eu sei que tenho que dar uma certa prioridade para ele; eu não posso dizer assim, "amanhã a gente vai." (P2 em 16/04/2002).

Na realidade eu vou ser responsável por qualquer coisa na família; precisando de médico, controle de pressão, controle de glicemia, né?... então é responsabilidade minha; eu tenho que ter aquela **responsabilidade de ir, freqüentar aquelas casas; procurar saber como é que está**, se está tudo bem, **dar mais assistência de saúde para aquelas casas; eu tenho preferências por aquelas casas**, não é isso? Não significa que eu não vá nas outras casas que não me pertencem, que não sejam da minha área, mas a **prioridade** é pra essas famílias. (P4 em 26/04/2002).

Responsabilidade é assim: nós temos cento e vinte e oito famílias, **a gente é responsável por estas famílias; nós temos o dever de passar todos os dias, uma vez por semana nas casas para saber os problemas e trazer eles pra nossa chefia**. Isso pra mim é responsabilidade – é passar uma vez por semana pra saber dos problemas. Nós temos os deveres. Um compromisso. (A2 em 02/05/2002).

De acordo com as orientações do próprio programa, os ACS's representam um elo de ligação entre a família e os serviços prestados pelos profissionais no CS e, também, com o sistema de saúde de uma forma mais geral. Por essa razão, eles são reconhecidos como representantes do serviço de saúde na assistência domiciliar. Os próprios ACS's compreendem-se como uma ponte entre as famílias e o sistema de saúde; no entanto, para estabelecer esse elo, eles sentem a necessidade de uma convivência com as famílias nos domicílios. Essa proximidade com os ACS's cria, nas famílias, expectativas sobre o serviço de saúde; isso quer dizer que a presença dos ACS's no espaço da intimidade familiar pode representar, para a família, a expectativa de melhor assistência de saúde de uma forma geral – mais atenção e melhor resolução dos seus problemas de saúde.

Quem tem maior contato com eles (a família) são os próprios **agentes de saúde que são o nosso patamar, a nossa estrutura** (da equipe PSF); porque **sem eles a gente** (profissionais de saúde atuantes no CS) **não teria contanto nenhum em termos de casa, né? - Estar lá na casa e saber como que é a vida de cada um [...]**. (P3 em 17/05/2002).

Nós somos **uma ponte**. A idéia do PSF é essa: é prevenir doenças; não ter doenças. Então pra isso nós **somos a ponte entre o posto de saúde e a comunidade** e, entre a comunidade e o posto de saúde. **A gente pega lá (no domicílio) e traz pra cá (no CS)**. (A1 em 26/04/2002).

A gente passa a **conviver com elas** (famílias). Existe o posto e a família; **a gente fica no meio**. A família vai pro posto, a gente encaminha até o posto depois, do posto a gente vai na casa novamente. **Uma ponte**, entendeu? Fica **aquela convivência**. (A2 em 02/05/2002).

Olha, eles (as famílias) **querem ajuda**, eles **acham que vai melhorar a entrada deles aqui no posto** porque é muito difícil conseguir alguma coisa aqui; eles dizem que têm que madrugar aqui dentro, têm que ficar dormindo aqui no posto pra conseguir, então **eles acham que a gente, nós vamos conseguir isso pra eles**. Às vezes a gente consegue, **é a ponte deles! Eles sabem disso**. (A1 em 26/04/2002).

Representando a equipe PSF e o próprio sistema de saúde perante a família no domicílio, os ACS's sentem-se por vezes isolados, porque os profissionais que atuam no CS têm pouca disponibilidade de tempo para acompanhá-los aos domicílios, de discutir a problemática familiar com eles e, também, assessorá-los nas suas dificuldades operacionais no trabalho com as famílias. Desse modo, eles acreditam que deveria haver maior integração entre o trabalho desenvolvido por eles nos domicílios com os serviços prestados no CS e, principalmente, maior integração entre a própria equipe PSF/PACS. Simbolicamente, o discurso do PSF prevê a atuação do ACS como ponte ou elo de ligação entre a família em seu contexto de vida, a rede do sistema de saúde e os recursos sociais locais. Porém, na atual conjuntura, o sentido de ponte está sendo percebido como um estado intermediário, indefinido, isolado de suas margens: por um lado, descolado do conjunto da equipe PSF e, por outro, deslocado, inseguro e desmotivado na situação assistencial junto à família.

Ultimamente a gente **está se sentindo sozinho**, todo mundo, não só eu! Todos os agentes estão se sentindo sozinhos, **sem poder agir**. **Tá faltando respeito!** **Do sistema mesmo; a gente traz o problema, quer tentar conversar, mas não consegue conversar com ninguém**, porque um não tá, o outro não tá, o outro tá viajando, fulano ficou doente, e o pior é que isso é sempre... quase sempre; já foi melhor! Verdade é verdade, já foi bem melhor! **A gente está se sentindo sozinho** agora. (Ao falar sobre as condições de trabalho do ACS enquanto uma "ponte" assistencial): eu não sei nem **se é da estrutura da ponte ou se é do final da ponte** (apontando no desenho, referido-se à estrutura de uma das margens onde se localiza o CS) tem que ter isso aí (uma estrutura funcionando adequadamente no CS) **pra o outro lado funcionar; e o meio** (a ponte em si) também; pra ter **molejo de funcionamento**. (Como estão as condições desta ponte, neste momento)... **tá meio quebrada!** (Como se sentem os ACS's frente a uma "ponte quebrada")... mais inseguros. (A família, por sua vez)... **também fica insegura**, né?... mas a gente tenta **não passar insegurança pra elas; a gente tenta fazer a coisa como se não esteja acontecendo nada aqui** (na estrutura da Instituição). (A1 em 26/04/2002).

Acho que é separado (a visão do trabalho da equipe PSF/PACS). Geralmente a família espera assim: vem a **agente de saúde pra ver como é que está a minha**

**criança porque é desnutrida.** Eu vou ali, eu acompanho, eu vejo o pezinho, converso com a mãe; **aí eu fiz o meu serviço!** Se um dia aquela criança ficar doentinha, uma coisa mais grave, **que não der, aí a doutora passa lá.** Então é bem separado! Acho que **eles não vêm o trabalho em equipe.** (A5 em 21/10/2002).

No começo nós tínhamos uma reunião, um tempo só pra isso, mas hoje em dia não. É muito importante! Muito importante. Nós que estamos, diariamente, assim dentro do posto de saúde, a gente sabe, assim, mais ou menos com quem a gente conversa, entendeu? – você pega mais; mas **deveria ter um tempo assim reservado.** Porque às vezes **você sai daquela casa com uma dúvida, querendo saber algo e aí você fica martelando ali um tempo, um tempo, você fica em casa sozinho, pensando;** “pô, o que eu vou fazer, o que eu não faço?” (se houvessem reuniões com a equipe para discutir essas dificuldades) – sim, você esclarecia muitas. (A2 em 02/05/2002).

A equipe percebe que, no domicílio, as relações de poder entre família e profissionais se manifestam diferentemente em relação ao que ocorre quando estas são assistidas no Centro de Saúde. O nível de expectativa das famílias, a respeito da resolução dos seus problemas de saúde, parece ser maior na assistência domiciliar. Por esse motivo, os membros da equipe acreditam ser necessário um preparo especial para lidar com a família no *locus* da sua intimidade. A proximidade com os problemas – muitas vezes dramáticos – da família, o compromisso com a sua saúde e, até, por vezes, com a sobrevivência dos seres humanos, torna o trabalho dos ACS's, em especial, uma tarefa extremamente conflitante.

**Aqui (no CS) quem recebe é a gente e lá (no domicílio) quem recebe são eles.** Geralmente quando tu vais fazer uma visita domiciliar **tu estás sendo esperada já;** - então há **bastante ansiedade** pra ver se vais **resolver o problema deles.** Que eles **querem que resolva o problema, independente das tuas possibilidades.** (P3 em 17/05/2002).

(Sobre o preparo dos ACS's para o trabalho com as famílias)... **acho que não têm, não!** Eu acho que pegaram os agentes, **deram uma palestrinha,** assim, e botaram os coitadinhos lá! **Às vezes há um choque,** o cidadão recebe o agente, **o agente não tem ética, não está preparado,** toda aquela rua, aquela micro-área fica preocupada porque vem **um leva-e-traz** - eu vou na tua casa, vejo que tu não tens sapato, eu vou na casa da Joana e digo que você não tem sapato e isso é **aquela coisa do privado.** (P1 em 08/07/2002).

Eu **tento ajudar,** mas aí depois eu paro assim: mas eu **não vou conseguir ajudar;** então eu vou **passar ele pra outra pessoa que eu sei que vai ajudar ele,** como no caso aqui no posto, eu passo ele pra vir aqui no posto, entendesse? Eu falo uma, duas vezes pra ele (membro da família); se no caso, na segunda vez, eu vejo que ele não veio, na terceira vez eu volto, converso com ele novamente, pergunto porque é que ele não foi... porque o **que depender de mim eu tenho que ajudar, agora quem vai ajudar mais e mais aquela pessoa vai ser o posto, a saúde própria,** entendesse? A L sempre teve um esquema que sempre foi de visita domiciliar; e eu tenho um caso que precisou, porque a vózinha ficou na cama, ela deu derrame e ficou na cama; só que a família é bem de vida, tem recursos melhores, **não depende tanto do posto;** só que a filha dessa senhora que está na cama, ela pediu pra mim que vou lá visitar sempre e até agora eu estou visitando o netinho dela, ela pediu pra mim marcar uma consulta domiciliar com a L. O que foi que eu fiz: vim aqui no posto, botei num papelzinho, anotei nesse quadro, que a gente tem um quadro pra

anotar, e também conversei com a A e conversei com a L, porque eu não deixo só no papel, porque eu sei que a gente passa, tu não pega e vai... eu lá eu disse assim: “L, eu sei que tem as visitas, dá de ir lá visitar a vòzinha que ela está com dor na perna, teria que ir lá visitar ela, porque eu, pô, **eu faço a minha parte, mas eu não sei: a vòzinha está com dor na perna, o que é que eu vou fazer com dor na perna? Vou fazer massagem? Se de repente eu faço, toco a mão e prejudica? Não posso!** Então o que eu tenho que fazer: como eu fiz, vim aqui no posto e falei com a L. Só que aí, passou uma semana, duas, a L não foi lá visitar ela. Aí a filha ficou super chateada, aí eu disse: “pô, eu vou ficar chateada, **eu perdi a confiança daquela senhora**”, entendesse? Eu não gosto disso porque tu fala... e tu acaba indo mal; eu me senti super mal quando eu cheguei lá! (A4 em 29/04/2002).

Eu me senti muito deprimida junto com ela (membro de uma família que estava sendo cuidada), mas eu tentava não demonstrar isso; quando ela saía parecia que o mundo desabava, né? Porque ela ia na minha casa, depois do meu horário de trabalho. Não é pra acontecer isso, entendeu... é pesado, mas nesse caso eu fiz uma exceção, porque eu estava preocupada com ela. A gente começa a se preocupar, porque é uma vida de um ser humano... é bem complicado! Era complicado; essa época foi muito complicado! Eu dei uma de psicóloga, porque a L (profissional da equipe) me pediu isso; senão eu não teria feito isso, porque eu também não estava com muita estrutura para agüentar essa coisa; eu estava com medo dela tentar outra vez se matar. Quem estava convivendo comigo, que estava me vendo como eu fiquei, também meio ruim, também danava de chorar às vezes, não tinha como resolver, a pessoa que convive comigo me via deprimida também, falou: “pra mim, cara, esse problema teria que ter um acompanhamento junto”; eu não tive, eu falei para a L (profissional da equipe) que eu não estava conseguindo, aí ela disse: “ah, com jeitinho tu vais conseguir, não sei o que...” ela conversava comigo, eu conversava com ela um pouco. (A1 em 26/04/2002).

Eu não costumo abraçar sozinha essas coisas. Eu costumo conversar com a médica e a gente comunica à Secretaria. Como exemplo, tivemos um caso de uma pessoa, que é usuário de drogas, frequenta um ambiente de drogas e alcoolismo, tem uma criança de um ano com ela que frequenta esse ambiente, a gente tentou se aproximar, mas não se consegue chegar perto. Esse ambiente onde ela se encontra é um ambiente pesado onde eu sozinha não vou, então o que é que a gente faz... a gente comunica à Secretaria através de uma comunicação, de que se tem um caso assim... assim... e que a gente gostaria que eles tomassem as providências, porque nós também temos limites; a gente está aqui na comunidade... É, tem que encaminhar e esperar a resposta desse encaminhamento; a gente não tem uma equipe profissional (preparada) para onde encaminhar esse paciente. Às vezes até tem psicólogo na Prefeitura, mas a gente não tem acesso direto a eles. Agora tem o NAPS na policlínica, mas tem um atendimento ainda restrito. Antes a gente marcava o psiquiatra pela central, agora a gente não consegue mais marcar, a psiquiatria pede uma triagem e quando consegue marcar eles não têm dinheiro pro ônibus e acaba não indo. (P2 em 16/04/2002).

Mesmo sem o preparo adequado, é o ACS que está diante da família em seu contexto de vida, e é através dele que a família espera respostas mais resolutivas para os seus problemas de saúde. Ele percebe que não tem a capacidade técnica para intervir na maioria das situações de doença e é limitado, também, em muitas questões relacionadas à prevenção. Ele fica, por vezes, temeroso ao transitar por entre assuntos da intimidade e, por ter pouco espaço de discussão, busca dialogar consigo mesmo sobre a melhor maneira de agir perante as questões íntimas que lhe foram confiadas pela família. Busca, encaminha, solicita auxílio da

equipe – que na medida do possível oferece-lhe as respostas; mas muitas vezes defronta-se com os entraves estruturais que se antepõem às soluções. Então, como representante da equipe e do próprio sistema de saúde, ele, constrangido, vive com a família a frustração das expectativas que o seu próprio trabalho despertou. Isso é altamente conflitante no seio das relações assistenciais. Por um lado, os ACS's têm o compromisso de cumprir as orientações do programa perante a família em seu domicílio e, por outro, ser o porta-voz de um sistema de saúde que não corresponde às expectativas da população. Portanto, o trabalho do ACS poderá ser eficaz se for integrado ao conjunto das ações da equipe PSF e na perspectiva de uma rede de co-responsabilidades em todos os níveis da assistência à saúde.

Eu acho que **todos os profissionais; a equipe inteira**, porque não adianta eu dizer que é eu, porque eu **sozinha não faço nada**, eu **preciso de alguém pra me ajudar**. A família precisa de mim e eu **preciso de alguém**, então **todo mundo, depende um do outro**. Então eu acho que a **saúde da família depende de toda uma equipe e de todo o sistema, né?** Porque também depois a **equipe vai precisar de outros recursos**; então eu acho que, de um modo geral, **uma equipe completa, né? Todo mundo!** (A3 em 02/05/2002).

Respostas ineficazes aos problemas de saúde trazem consigo sérias rupturas nas relações entre a equipe PSF e a família, advindo, geralmente, o descrédito completo do trabalho assistencial. Àquele membro da equipe, envolvido diretamente com a família em uma relação face-a-face, vai caber a árdua tarefa de fazer a interlocução entre as necessidades e expectativas familiares e a ineficácia do sistema de saúde. Frequentemente a equipe abraça os problemas de saúde da família, e no meio dessa ponte – impotente por um lado e envolvida e comprometida por outro – vê-se, muitas vezes, sozinha diante de um emaranhado e complexo dilema ético. Isso é válido para toda a equipe PSF/PACS, independentemente do sítio de atuação: CS ou domicílio.

O que acontece - quando a gente tem um problema mais sério a gente traz pra equipe e se a equipe chega: **“não tem como resolver aqui”** – daí é **passado ou procurado um outro órgão pra tentar esclarecer esse problema da família e, quando não tem, a gente comunica à família que não teve uma solução**. Muitas pessoas entendem que a gente não conseguiu solucionar e outras ainda pedem pra gente procurar mais tempo pra ver se a gente consegue - a gente é **que fica como culpado**; **“ah, não conseguiram, não foram atrás”**. Porque é assim: **quando a gente pega um problema que tem que ter uma solução**, a gente sempre procura o grupo, a equipe. A gente tenta resolver esse problema o mais rápido possível e, quando não dá, a gente comunica, e a pessoa: **“ah, vocês não tentaram, não se esforçaram pra conseguir isso**. (A relação com a família) **fica balançada, sempre jogam na cara da gente: “ah, não conseguiram uma vez, não vão conseguir agora.”** Parece que a gente é **que não conseguiu, porque a gente é que foi atrás da pessoa**. (O ACS está representando um sistema de saúde)... **que não funciona**. A gente é **que tem que responder**; porque a gente é obrigado a dar uma resposta -

não vai dizer: “eu não sei” porque a gente tem que dar uma resposta; é a gente que tem que prestar contas porque a gente é que convive com as famílias. (A2 em 02/05/2002).

A gente tem dois lados, né? Por um lado a gente vai lá, procura fazer a nossa parte, a gente orienta, procura solucionar esses problemas, mas muitas vezes a gente precisa que esse paciente seja encaminhado, que ele faça um exame de uma complexidade maior, uma consulta com um especialista, muitas vezes a gente vai até um ponto e chega nesse ponto a gente esbarra e não consegue encaminhar esse familiar. E com isso as pessoas deixam de acreditar no trabalho da gente. A gente vai na casa, pede licença para entrar, é recebido por eles, tenta ajudar, diz que vai tentar, procura encaminhar aquilo que eles precisam, ao mesmo tempo a gente traz eles para o posto, tenta encaminhar e não consegue dar continuidade para o tratamento. E o que parece para os pacientes? “... ah, eles vieram aqui, prometeram um monte de coisa, mas, na realidade, não fazem nada”; e no fundo não depende só da gente; é preciso uma continuidade disso e aí a gente esbarra, muitas vezes, com esse problema. A gente se sente angustiado, porque quando se vai (no domicílio), já se prevê, mais ou menos, o que se vai encontrar e que vai ter que se encaminhar; muitas vezes a gente já sabe que vai chegar lá e que não vai conseguir dar continuidade, então já se vai... (silêncio). As agentes reclamam muito disso também, que elas vão, dizem para as famílias: “... a senhora tem que consultar”, depois voltam lá e lhe falam “... ah, eu fui lá e não tinha vaga”; elas reclamam bastante disso. Envolve muita coisa; a família sozinha não resolve, nós sozinhos não resolvemos. (O processo de responsabilização)... acaba sendo só nosso, porque a gente está em contato com o ser humano; acaba criando um vínculo com aquela família. Eu vou numa casa, vejo que há uma criança doente, eu estou vendo aquela criança toda semana, é um ser humano... e se quer resolver (o seu problema), ver que aquela criança realmente precisa ser encaminhada, só que quem está aqui na ponta não consegue, e (nos outros níveis de assistência) não sabem tudo que envolve o contato frente-a-frente (com as famílias). Pra gente é (conflitante) porque se vai fazer um trabalho sem saber o final como vai ser [...]. (P2 em 16/04/2002).

(Sem a resolução dos problemas)... o que é que ela (a família) vai dizer então: pra que é que tu vens me perguntar essas coisas? Tu vens tentar me ajudar em que? (P4 em 26/04/2002).

Implementar um processo assistencial sem ter a perspectiva de que ele atinja suas finalidades é algo imensamente conflitante para a equipe. Traz a desmotivação pelo trabalho e um sério conflito ético perante a família. A co-responsabilização pela saúde traduz-se em um compromisso. Quando se desperta expectativas, há que se ter um comprometimento com as respostas. A falta de resolutividade por parte do sistema de saúde leva, muitas vezes, os ACS's a optarem por condutas filantrópicas, “ajudando”, de algum modo, em nome do seu envolvimento com a família. É essa a maneira que eles encontram para responder aos seus sentimentos humanitários e amenizar o conflito ético que se instala nas suas relações com a família, procurando disponibilizar medidas, no plano pessoal, que caberiam ao Estado que eles representam.

Eu acho que cada profissional tem um tipo de envolvimento. Eu me envolvo, vou atrás, vou buscar até que consigo o atendimento. Eu vou ter que batalhar para conseguir isso (resolução dos problemas de saúde da família). Senão como é que

vou ficar eu como profissional? Ela (a família) me pede uma coisa, eu tento batalhar pra conseguir, não consigo porque eu dependo de outras pessoas, eu vou ter que me virar sozinha, vou ter que procurar, aí vou ter que fazer isso particular, porque eu vou ter que dar uma resposta pra ela! Como é que essa pessoa vai confiar em mim, depois? (P2 em 16/04/2002).

Não; nem sempre o sistema consegue resolver; aí a gente procura amenizar os problemas das famílias por meio da ajuda pessoal, não como ACS, mas como pessoa, porque a gente é um ser humano, o coração fala mais alto – é uma questão de solidariedade. Já ajudamos uma família a comprar roupas pro nenê, outras vezes a gente arruma dinheiro pro ônibus, pra família levar a criança ao médico... (A6 em 21/05/2002).

Tem pessoas que precisam de ajuda, não no sentido assim... às vezes precisam de dinheiro pra levar a criança no médico, a gente resolve, eu tiro do meu bolso, o que eu posso resolver, eu faço, pessoalmente! Se tem uma mãe que diz que está dando leite puro pro nenê, como já aconteceu, não tem a misturinha, como ela diz, eu tiro da minha filha, vou lá em casa, pego a farinha láctea que eu tenho e levo! Porque não adianta... eu vou falar pra doutora, não vai adiantar... não vai adiantar, no posto, não vai adiantar! No fim ela não vai ganhar a cesta básica, a I funciona nessa hora (referindo-se a ela mesma). O que eu posso eu faço; o que eu não posso eu passo pra doutora, pra pedir orientação, o que eu posso falar. Mas não é todo mundo que se envolve, se sensibiliza; muita gente diz: "...paciência, viram..." não dá pra fazer nada, não dá... mas depende de cada um! (A5 em 29/04/2002).

Eu como profissional tenho que procurar solucionar aquilo; eu fico muito angustiada com isso e fico muito preocupada quando existe alguma coisa pendente, mas vai muito da iniciativa de cada profissional. Às vezes a gente paga a passagem para eles irem ao médico; quando chega o dia da consulta eles não têm dinheiro pra passagem, a gente acaba ajudando, a gente vai na casa e percebe que a criança está lá e não tem o que comer, acaba dando uma cesta básica. (P2 em 16/04/2002).

Ainda que, muitas vezes, sem ter uma perspectiva assistencial clara e definida, a equipe acredita ter para com a família, por princípio, um compromisso com a verdade. Mesmo no papel de representante do Sistema de Saúde – que por vezes não responde adequadamente às expectativas familiares –, a equipe pensa que uma relação com a verdade é, antes de qualquer coisa, um compromisso ético, que responde às relações de confiança que foram conquistadas.

Não dar certeza! Tu não podes dar certeza de alguma coisa que tu dependes dos outros; é fácil pra mim – se tu me pedires uma coisa, eu te dou – “G, tens dez reais pra me dar?” “Pega aqui dez reais, eu vou te dar”; agora, o banheiro, como é que eu vou conseguir? O pessoal tá me cobrando: “G, poxa, sabe aquele negócio do banheiro, mas não veio?” – “Querida eu fiz aqueles papéis que a Secretária pediu; agora, a possibilidade de colocar é deles, não depende de mim!” E eu já dizia isso pras pessoas: “G, vai demorar”? – “Eu não sei, eu estou fazendo uma coisa que veio na quinta pra mim entregar na segunda, eu estou pedindo, se vir vai ser ótimo, porque vocês não têm, mas não fica tão iludido com isso, esperando que isso aconteça”; porque tu tens que mostrar a realidade. (P4 em 16/04/2002).



A resolução dos problemas de saúde, em determinadas situações, está vinculada a uma iniciativa particular das pessoas que compõem a equipe PSF/PACS e não, propriamente, a uma atitude profissional. Isto, para a equipe, se traduz em senso de responsabilidade. Essa situação analisada sob um outro prisma, dentro do contexto assistencial, pode ser compreendida como uma grande confusão de papéis, que pode colocar os membros da equipe em complexas encruzilhadas, em seus relacionamentos com as famílias.

Em especial, os ACS's moradores da comunidade têm um relacionamento social, razoavelmente próximo com as famílias que estão sob a sua responsabilidade técnica. Ainda que se reconheça a dignidade da intenção humanitária destes perante os problemas dramáticos da família, o seu agir tem um caráter filantrópico e paternalista. Esse tipo de atitude por parte da equipe confirma, absolutamente, a ineficácia do sistema de saúde a que ela representa; oficializa a falta de perspectiva para a resolução dos problemas de saúde por parte do Estado, destituindo-o de seu compromisso com o discurso do programa, em última instância, com a saúde da população. Os objetivos assistenciais se tornam cada vez menos nítidos e a finalidade assistencial pode se tornar confusa, tanto para a família como para a equipe. Há, então, uma desconfiguração do próprio processo assistencial. A família passa ser concebida como "necessitada" ou "carente" e a equipe passa a agir em um plano caritativo. Instala-se, aí, uma clara relação de dependência em que o agir humanitário poderá chegar a cristalizar um quadro de impotência e incapacidade da família, subtraindo-lhe, pouco a pouco, as suas potencialidades da possibilidade de firmar-se perante a sociedade como *sujeito de si*. A situação assistencial assume, nesse caso, um caráter de um "convívio social". A própria responsabilidade pela família se torna, estritamente, um bem solidário, afetivo, destituído de objetivos assistenciais que tragam o Estado a assumir a co-responsabilização pela saúde da família.

**Pra mim não é bem ser responsável, são amigos; porque a partir do momento que tu convives com as pessoas, tu não passas nem a ser um profissional, tu passas a ser um amigo. Responsabilidade pra mim eu considero mais uma amizade, porque eu acho assim: um amigo é aquela pessoa que faz de tudo pra ajudar, então o nosso trabalho é esse; através da nossa amizade é que a gente ajuda as pessoas. Se tu não tiveres amizade tu não vais detectar o problema, se tu não souberes conversar tu nunca vais saber o problema; e se tu não souberes o problema tu não vais poder ajudar. Então a responsabilidade pra mim, acima de tudo, é a amizade. Tem situações, tem pessoas que têm condições, procuram outros recursos, mas assim no caso das pessoas mais carentes, não têm opção - até para um ombro amigo eles procuram à equipe. (...) porque eu comecei a ver que as pessoas dependiam de mim, precisavam da minha presença. Porque quando eu não passava as pessoas reclamavam; "pôxa, a gente está apavorado que esse mês tu não passou" - então eu vi que as pessoas se acostumaram comigo, se habituaram com a minha visita. Então só pelo fato de eu ir lá e dar um "oi" ou chegar**

sorrindo, brincando - pra eles já ganharam o dia. Porque tem famílias que realmente esperam eu chegar, esperam mesmo. (A3 em 02/05/2002).

Em meio a toda essa trama de responsabilidades, compromissos e descompromissos, para os ACS's, em especial, não há uma definição clara do seu papel assistencial no domicílio. Os profissionais da equipe PSF, que estão, eventualmente, prestando a assistência domiciliar, têm um papel mais definido que está ligado ao desenvolvimento de técnicas: curativos, injeções, verificação de sinais vitais no caso da enfermagem, e diagnóstico e tratamento de doenças para os médicos. A maioria dos ACS's acredita que a família também desconhece o seu papel no domicílio, o que traz uma indefinição para a situação assistencial, descaracterizando a sua importância; em alguns casos as relações não ultrapassam o convívio social e, em casos extremos, podem traduzir-se até em uma invasão da intimidade familiar.

(Quando aborda assuntos da intimidade com a família)... quando eu digo assim sobre as necessidades, como é que eu digo pra ti, quase sempre na conversa que eu **descubro as necessidades**, mas essa pessoa foi um caso diferente, ela não sabia por onde começar e tentou ver se conseguia comigo e ela conseguiu. Geralmente eu nunca chego a perguntar pras pessoas essas coisas; as pessoas é que olham pra mim: "ai... A3 tal coisa, não sei o que..." – aí eu escuto, converso bastante, eu dou um monte de conselho legal, vai um monte de coisas, porque às vezes eu fico horas. Porque antes, assim, eu não levava o meu trabalho muito a sério, então eu só chegava aqui: "oi, tudo bem? Tchau." Mas depois de um tempo eu comecei a notar a importância do meu trabalho e aí eu comecei a entender as pessoas, né? A partir do momento em que eu parei de fazer as coisas rápida, porque eu comecei a ver que as pessoas dependiam de mim, precisavam da minha presença. Uma atenção social. Eles se sentem bem diferentes, se sentem assim como se fossem lembrados, né? Como se fossem lembrados e daí é gostoso uma pessoa chegar na tua casa, passar e perguntar se está tudo bem, é bem gostoso, eu acho que é um momento bem legal. E por isso eles esperam todo mês: "oh, A3 não passasse aqui"- "não..., é fim do mês"! (A3 em 02/05/2002).

A atenção social influi diretamente na saúde do indivíduo – isso influi – não vai resolver, mas vai influenciar. (P1 em 02/07/2002).

Olha, tem família que não está bem claro isso! Às vezes eu tenho que dizer: eu sou agente de saúde, estou ajudando o posto a melhorar cada vez mais, que a gente não está ali pra piorar a área da saúde, a gente está ali pra ajudar! Então tem casos que eles dizem: "ah, eu já sei qual é o trabalho de vocês, eu agradeço, eu gosto muito"... então está claro! Mas tem famílias que ainda não entenderam o que é o nosso trabalho; como a gente, às vezes, escutava, no começo... "ah, lá vão eles, os fofoqueiros da saúde, lá vão eles tentar descobrir o que está acontecendo na família"; ... agora, tem algumas famílias que estão entendendo o que é o nosso serviço, não estão mais criticando tanto, e tem outras que ainda não entendem! Então a gente vai... continua sempre a mesma coisa... sempre a mesma coisa [...]. (A4 em 29/04/2002).

Às vezes eu não sei se eles sabem bem o papel assim, né? Porque, às vezes, eu acho que eles confundem a gente, mais, como uma pessoa que tem a obrigação de passar lá e dar um "oi". Porque às vezes a gente faz as perguntas assim, eles respondem assim e deu; eles têm mais a necessidade da visita do que o acompanhamento em si, né? (A3 em 02/05/2002).

Como houve um lance do SOS que vinham pra pegar umas crianças, também é complicado porque tu fica meio assim: meu Deus do céu, eles vão achar que fui eu que denunciei, quando na real eu passei o problema mas eu não denunciei! A violência nesse caso, é .... a caderneta que tu olhas, tu olhou ali, tu vê o que acontece dentro da casa, porque tu tem que observar isso tudo, né? O que acontece, como as crianças são tratadas, como está o ambiente, se está limpo, se está sujo, se as crianças estão cuidadas, se a caderneta deles está em dia com vacinação; porque se não está, tu começa a cobrar dessa família: tem que vacinar as crianças e tu explicas tudo porque tem que fazer isso; tu pede uma, duas, três; depois tu manda estes dados pra Secretaria, traz pra cá (para o CS) e vai, né? Só que a família não esquentava, ela acha que é... que tu tá brincando com ela! Não tem responsabilidade porque... no caso dessa família foi falta de responsabilidade, porque as crianças estão jogadas... Foram duas famílias: uma do lado da outra, com crianças desse tipo. Daí eu sou obrigada a notificar... através do posto... notificar à enfermeira, porque a gente tem a notificação, porque isso aí é uma agressão, é uma violência que eles estão fazendo com a criança e a violência tem que ser notificada. A violência foi a falta de vacinação das crianças, que não estava em dia... nem a BCG tinha tomado e a criança já grande, quase 4 anos. Por causa disso mesmo, por causa dessa vacinação. Já, porque ela já era de uma outra comunidade; ela fugiu dessa outra comunidade porque o SOS estava atrás e por um acaso eu descobri a família; eu trouxe os dados pra cá (para o CS); já estava com problema da caderneta, então eu trouxe pra cá, o SOS me achou: eu fiz essa notificação e o SOS me achou, foi onde pedi mais outros dados e eu dei os dados. Foi complicado depois. É porque o SOS quis tirar as crianças, já umas três vezes, mas essa até que foi tolerante, eles foram três vezes, deram oportunidade; eu sou obrigada a ir lá também pra conversar e explicar. O enfermeiro foi lá... vacinou, porque eu levei... vacinou as crianças, a outra mãe teve que trazer aqui também, trouxeram e as crianças foram vacinadas. Porque quando entra o SOS, realmente ele vai dentro da tua casa, aí eles ficam com medo, porque vão perder os filhos, né ? ... e o SOS tira mesmo. Eu dei vários exemplos pra eles, expliquei: não é minha culpa, é culpa de vocês mesmo. Teve vez, deve ter sido coincidência, é claro... ela me atendeu inclusive com uma faca na mão; todo mundo falava pra mim ter cuidado quando fosse lá. Aí esse dia ela tava com uma faca na mão, mas; não me ameaçou nada não; eu acho que foi coincidência... também eu quero pensar desse jeito! Ficou um tempinho retraída, mas daí eu fui conversando de novo, tentando tudo aquilo de novo, hoje ela confia de novo em mim, ela já me recebe super bem. Ela mudou, cuida bem das crianças agora, depois disso ela já teve mais dois filhos, a caderneta está em dia. Ontem eu estive na casa dela está tudo direitinho. Quer dizer: no final ela entende que é pro bem, entendeu? ... eu não fiz nada por mal. (A1 em 26/04/2002).

Neste convívio um tanto indefinido entre ACS e família, ora predominantemente social, ora autoritariamente profissional, configura-se um complexo jogo de permissões, exigências e condições no campo das relações. Convivendo na mesma comunidade com as famílias, os ACS's correm o risco de perder espaço na sua vida privada ante o olhar atento das famílias. Parece haver um jogo de controle e liberdades recíprocas quando as famílias sinalizam o desejo de monitorar a intimidade dos ACS's, uma vez que estes, em situação assistencial, compartilharam de uma certa maneira a área da intimidade das famílias. Transparece aí um jogo de concessões e trocas; um declarado jogo nas relações de poder. Isso é algo extremamente conflituoso para os ACS's e, também; para os outros membros da equipe, que

vivem essa mesma situação. Pela sua proximidade geográfica e cultural com as famílias, pode ocorrer que o ACS seja visto, em todos os momentos da sua vida, como um membro da equipe à disposição das famílias. Isso o priva, sobremaneira, de uma vida particular e interfere na convivência com as pessoas, em seu meio social.

Eles (famílias) às vezes até tentam (invadir a vida pessoal), mas tu não precisa dizer não, mas também tu não precisas falar nada, entende? **Eu consigo dar um jeitinho e driblar a situação**; o meu pessoal é reservado! Eu tento fazer isso, mesmo sendo vizinhos mais próximos, são antes de tudo meus amigos, são meus vizinhos... de ir na minha casa quando tem uma festinha, mas eu não abro a minha intimidade. Eu controlo isso; é muito importante pra mim, como pessoa. É muito importante pra mim! Eu consigo. **Tem gente que não consegue! Aí fica uma coisa sem respeito.** Pra mim isso fica, totalmente, sem respeito, porque as pessoas não vão te respeitar; porque tu ir lá a pessoa te conta uma coisa tal e tal e tu também vai falar da tua vida, já se torna uma situação meio estranha, né? Isso já não é profissional, eu acho que isso aí já é... ah... nem tenho palavras pra dizer, porque não é fofoca... é meio complicado isso! Então eu mantenho essa distância. Eu sou amiga, mas mantenho a distância. Nesses três anos eu consegui. É muito complicado. Mistura, se tu deixar que isso aconteça. Por mais que eu tente ser só profissional, porque às vezes não dá pra ser só profissional, porque envolve mesmo! Porque os outros que moram mais longe do seu meio de trabalho... (silêncio que parece traduzir: é mais fácil), porque eu realmente moro ali, eu moro dentro da minha área; eu sou a minha agente! É complicado porque tu não consegues viver, porque as pessoas estão sempre ali, ali, ali te cobrando alguma coisa, te pedindo alguma coisa. Como pessoa isso não é bom! Porque as pessoas também te invadem, entende? Elas também te invadem, elas também não têm muito respeito, porque isso acontece muito! Porque já fora do meu horário, eu já não sou mais agente, já não estou mais de colete, porque dentro da minha casa eu já não sou mais agente, eu sou eu... (A1 em 26/04/2002).

Por outro lado, atritos pessoais ocorridos entre membros da família e membros da equipe no convívio social, na comunidade, podem significar uma imensa barreira no processo de comunicação em uma situação assistencial. Isto é, especialmente, complexo quando se trata de uma relação conflitante entre um ACS e algum membro da família que se encontra na sua área de atuação. Interagir, profissionalmente, com uma família em seu domicílio, por entre relações pessoais conflituosas, é um grande desafio para um ACS.

Eu tenho esse problema! É um caso bem complicado; tem duas pessoas que eu não falo, são da minha área todas as duas. São da minha área e eu não falo com elas. E eu: “meu Deus o que eu faço”? – a primeira visita eu não fiz, eu disse pra A: - “eu vou fazer, mas eu tenho que tomar coragem!” Hoje eu faço essa visita, mas é aquela coisa assim: eu passo lá - elas põe o braço pra fora da porta e me entregam o cartão, eu anoto os dados porque é o meu trabalho - eu consegui assumir isso. Agora sim; agora eu estou fazendo o meu papel. Não é fácil, mas eu subo o morro – cantando - pra esquecer às vezes, pra poder chegar até lá... mas eu estou superando isso, e eu vou ter que acostumar porque eu vou ter que acompanhar até os seis anos (a criança). É difícil pra ti, tu ir lá naquele momento e, no outro dia, tu não olhar para a pessoa. Olha, I, eu tomei muita coragem... muita coragem. Eu penso assim: “eu preciso do meu dinheiro, preciso pagar os meus estudos, eu não vou perder o meu emprego por causa de duas

peçoas” – então eu peguei, coloquei assim, na frente, a minha faculdade e me toquei. Então eu superei isso... estou superando, devagar, claro, dá aquela coisa no coração. Pô, chega naquele dia: - eu não queria ir - mas eu tenho que ir. Pra elas também – elas não me respondem nenhum tipo de informação. É muito difícil, mas eu estou superando. Eu estou superando porque, graças a Deus, eu posso dizer que eu estou aprendendo a separar as coisas; então eu separo tanta coisa, porque é que eu não vou separar mais essa? (A3 em 02/05/2002).

Isso é bem complicado. Há casos aqui que a família diz: não quero que determinada pessoa seja a minha agente porque tenho problemas com ela; eu não quero que ela saiba dos meus problemas, da minha doença. Eu acho muito complicado isso, não concordo; no meu ponto de vista isso acaba limitando essa entrada; não a entrada na casa, mas a pessoa colocar as suas intimidades. (P2 em 16/04/2002).

A equipe PSF que assiste às famílias no domicílio tem uma preocupação ética importante, por transitar constantemente no território da intimidade familiar cujas fronteiras não são, muitas vezes, claras e definidas. Por essa razão, a confidencialidade é um aspecto fundamental, imprescindível e complexo nas relações entre equipe, famílias e comunidade. A equipe tem acesso a uma gama de informações sobre a intimidade familiar que, muitas vezes, não dizem respeito diretamente à sua saúde, ou seja, cujo encaminhamento não cabe, em princípio, à equipe PSF. Por outro lado, o contato direto e constante da equipe com um grande número de famílias em seus domicílios, na mesma comunidade, leva os membros da equipe a uma constante preocupação ética.

Eu aprendi isso há pouco tempo, I; comecei a amadurecer, nesse ponto, há pouco tempo. Aprendi sozinha, com as próprias pessoas, aprendi com as próprias pessoas mesmo, porque eu me tornei, assim, tão da casa, que quando eu vou numa família eu me sinto uma pessoa da família, como se eu fosse um integrante da casa. Então é como se eu sentisse: “pô, eu não quero que ninguém fique comentando da minha família, da minha casa”; então eu converso, eu dou maior apoio, entendesse? Às vezes eu vou na casa de uma vizinha que não fala com a outra, a vizinha vai, fala mal dela, eu escuto; também vou na casa da outra, a outra fala e eu escuto e nada de leva e traz, nada. (A3 em 02/05/2002).

Existe um grande cuidado para não compartilhar informações obtidas em uma situação assistencial, numa situação social na mesma comunidade, uma vez que grande parte da equipe reside no mesmo local de trabalho. Para os ACS's, em especial, isto é um enorme desafio; eles procuram perseguir uma atitude ética em todos os momentos assistenciais e, também, fora destes; isso quer dizer que, mesmo na sua vida pessoal, na comunidade, os ACS necessitam policiar-se constantemente sobre o que vão falar, sobre quem e com quem estão dialogando, o que é extremamente conflitante e lhes exige uma grande habilidade para discernir, a todo momento, o que deve e o que não deve ser falado.

É bem difícil! Às vezes chega uma família nova pra morar na sua área e a vizinha já quer pegar o que passa o que não passa com aquela família; fica difícil, porque mesmo sem querer assim, às vezes, você toca no assunto, e já logo se liga: “ôpa, corta o assunto, porque já está querendo saber da intimidade da outra pessoa - o básico: quantos filhos, se é casada, se é solteira, eles querem pegar através de você”. Não pode marcar assim, bobeira nenhum minuto, porque, às vezes, você conversando, eles vão perguntando e você vai largando, quando se liga já está na sua... (porque às vezes, até involuntariamente) sai! Tem que ter muito cuidado! Mesmo estando na festa, porque você está ali conversando e, de repente, solta uma coisa e você entra sem querer e, logo em seguida, você se toca e corta. É difícil, porque você convive com todas as famílias, entendeu? – todas – você um tempo conversa isso aqui com essa pessoa e essa pessoa já solta outra pra saber de uma outra família. (A2 em 02/05/2002).

Isso acontece demais; claro que eu não abro, porque senão onde vai estar o teu sigilo profissional? Sim, há pessoas que tentam, porque nós sabemos que em toda a comunidade tem aqueles fofoqueiros de plantão que adoram querer saber da vida do teu vizinho e eu, no caso, entro em todas as casas... gente... já pensou se eu for falar sobre isso? Eu nem posso! (A1 em 26/04/2002).

Tem algumas famílias na minha área que eu conheço (socialmente); a gente tem que ter ética - saiu dali - fica com a gente! Imagina se a gente vai na casa de uma pessoa, ela se abre e tu vai e passa pra outra pessoa? A gente tem que passar confiança. Eu não tenho intimidades em nenhuma casa. A gente tem que saber separar o profissional da amizade. No curso do PSF se falou sobre ética e no posto de saúde também foi falado. (A6 em 21/05/2002).

Eu já sou bem fechada, sou bem discreta; quando eu coloco o meu colete é área de serviço, quando eu estou sem o colete é área de lazer, pra conversar, não estou! Uma coisa que a gente aprendeu bastante isso, que me ajudou bastante é a ética! A descrição das pessoas e isso eu aprendi bastante, porque foi bastante conversado no curso, que me ajudou. Então é aquela coisa: quando tu colocas o teu uniforme, tua roupa, a tua pasta, tu tens que levar a tua ética junto contigo! Não deixar dentro da bolsa e não deixar dentro de casa! Porque não adianta tu sair e: “aconteceu isto e isto...” – “ah... sabia que naquela família aconteceu isso?” Cadê o respeito daquela família? E cadê o respeito que tu vais querer daquela família que tu vais visitar? Então tu não vais poder misturar. (A4 em 29/04/2002).

A questão da confidencialidade também envolve a comunicação profissional entre a equipe. As questões detectadas no domicílio são, por vezes, repassadas de uma maneira indiscriminada aos outros membros da equipe, ou seja, não há uma seleção na comunicação dos assuntos que possa interessar, efetivamente, para a melhoria da saúde da família. Pensar que existe, no conjunto das pessoas que formam a equipe, um contínuo processo de discernimento entre aquilo que foi detectado num contato assistencial (ou repassado no CS por outros profissionais) e aquilo que é conhecido no cotidiano da convivência com a comunidade parece algo utópico. Nesse sentido, ao compartilhar informações entre os membros da equipe, é ético questionar sempre: que informações são, absolutamente, necessárias para ajudar a família na resolução dos seus problemas de saúde? Isso requer uma habilidade excepcional, um preparo adequado e um continuado processo de discussões éticas.

**É bem isso que acontece; as pessoas não sabem filtrar; há agentes que conseguem; me passam somente as informações necessárias profissionalmente; há uma casa em que há uma mãe que não deseja expor o seu filho-drogado, mas não tem nada mais do que isso; o que vai além disso compete à família; esta agente diz: vou te passar aquilo que eu tenho que te passar. Já têm outros que chegam e contam coisas que não se tem necessidade de saber e outros que contam sem saber sobre a importância do que estão falando. Na realidade os agentes não têm um preparo; não estão preparados para o trabalho que eles desenvolvem. (P2 em 16/04/2002).**

As famílias monitoram as atitudes da equipe, na comunidade, com relação à questão da confidencialidade das informações que são obtidas em seus domicílios. De uma certa forma elas testam a capacidade confidencial, principalmente dos ACS's, e assim analisam a possibilidade de estabelecer ou não relações de confiança no encontro assistencial.

**As pessoas se fecham porque não conhecem a gente direito, hoje em dia tem muita violência, as pessoas nem sabem ao certo quem somos. Com o passar dos tempos elas percebem que a gente está aí para ajudá-las e criam confiança na gente e, então começa a mudar e eles ficam mais à vontade com a gente. (A3 em 27/09/2001).**

**A gente precisa sempre preservar a imagem de amigo e não de inimigo! A partir do momento em que tu vais fazer uma coisa destas (quebrar o sigilo profissional), tu não vais ser mal visto só pela pessoa, mas pela comunidade. Então a gente tem que tomar muito cuidado, porque a equipe está ali (no posto de saúde), mas a gente que anda dentro das casas é diferente, tem que tomar muito cuidado! (A3 em 02/05/2002).**

A responsabilidade tem uma abrangência ampla para a equipe PSF e, em especial, para os ACS's; ela não está vinculada a objetivos profissionais específicos propriamente ditos. O processo de responsabilizar-se por uma família ocorre, automaticamente, quando a equipe entra no seu domicílio, porque esse contato com o espaço privado familiar gera responsabilidades para a equipe. Esse processo envolve relações de confiança, envolvimento e comprometimento mútuo, ou seja, através desse processo estabelece-se um vínculo entre a família e a equipe. Nessa relação, a família fica sob uma certa proteção da equipe, que procura facilitar o seu trânsito nos caminhos da assistência de saúde na instituição.

A equipe, como representante local do sistema de saúde, sente-se responsável pelo apoio institucional que a família espera para a resolução daqueles problemas que ela própria levanta, identifica, qualifica e notifica como problema junto à família.

Muitas vezes, a instituição que responsabiliza a equipe PSF pelo funcionamento do sistema de saúde em nível local não oferece uma estrutura adequada para responder a esses problemas de saúde das famílias, principalmente nos níveis mais complexos da assistência, ou

seja, na maioria das vezes o sistema de saúde não se responsabiliza, juntamente com a equipe local, pela resolutividade dos problemas de saúde mais complexos. Nesse caso, o vínculo entre a família e a equipe fica abalado, as relações de confiança se tornam mais frágeis e a equipe – em especial os ACS's – passa a viver um sério conflito de papéis. Uma vez comprometida e sentindo-se também co-responsável pela saúde da família, a equipe, sem o apoio adequado da instituição a quem representa, retorna ao domicílio para acenar com uma resposta negativa às expectativas de saúde que, de uma certa maneira, foram geradas ante a sua presença no espaço domiciliar. Assim, há um contínuo recomeço para a reconstrução do vínculo entre a equipe e a família e, conseqüentemente, um grande desgaste no relacionamento.

No sentido de amenizar essa problemática, em nome da sua co-responsabilidade, sensibilizando-se humanitariamente frente às situações dramáticas das famílias, a equipe oferece, muitas vezes, um auxílio pessoal e filantrópico para responder, de alguma forma, positivamente às suas necessidades de saúde. Nesse caso, os profissionais, mais precisamente os ACS's, passam a viver um duplo papel junto à família: o papel profissional – como representante local do sistema de saúde – e o papel de um amigo caridoso, o “salvador da pátria”. Buscam, assim, suprir às deficiências do próprio sistema de saúde, em nome do compromisso e da responsabilidade – do vínculo – que foi firmada com a família.

A diluição do papel profissional em meio a relações de “boa vizinhança” confunde os próprios objetivos assistenciais, levando as famílias a indagar sobre a real finalidade da presença da equipe PSF em seu domicílio, compartilhando o seu espaço íntimo e trazendo, por vezes, respostas e iniciativas pessoais e caridosas para aqueles problemas de saúde que são identificados e notificados profissionalmente e, ao mesmo tempo, não respondidos pelo Sistema de Saúde. Talvez seja esse o motivo pelo qual a visita domiciliar, especialmente do ACS, tenha ainda uma característica muito forte de convívio social, distante, ainda de uma atenção integral à saúde da família.

Esse tipo de envolvimento e responsabilidade da equipe pela saúde da família, com dupla-face – por um lado profissional e, por outro, caritativo ou filantrópico – traz consigo um outro tipo de conflito para aqueles profissionais que residem próximos às famílias, na mesma comunidade. As famílias sentem-se, por vezes, no direito de solicitar o auxílio pessoal/filantrópico dos profissionais, fora do horário de trabalho, invadindo a vida privada destes, com exigências que vão, muitas vezes, além das suas próprias competências profissionais. As famílias sentem-se também, no direito de monitorar a vida pessoal e social



daqueles membros da equipe que vivem na comunidade, com grande restrição de sua liberdade no convívio social e pessoal.

**Quadro 8:** Termos incluídos no domínio: **responsabilidade**; termos cobertos: **co-responsabilidades** pela saúde da família.

*Co-responsabilidades* pela saúde da família:

termos incluídos:

ser responsável por tudo que ocorra com a família;

dever profissional;

papel profissional;

convivência social;

sigilo profissional;

ética;

confiança;

equipe é co-responsável, o sistema de saúde é co-responsável;

ineficácia de uma responsabilização conjunta efetiva - equipe/sistema de saúde;

quebra nas relações com as famílias, no vínculo estabelecido;

equipe sem perspectivas assistenciais junto à família;

trabalho cai no descrédito das famílias;

constante recomeço nos relacionamentos com as famílias;

quebra das relações de confiança;

invasão de intimidade;

diluição dos objetivos assistenciais;

diluição do papel profissional;

relação de amizade com as famílias invade a vida privada daqueles membros da equipe que convivem na mesma comunidade;

restrição de liberdade na vida pessoal da equipe na comunidade.

### 6.3 A FAMÍLIA E A INTIMIDADE

Entre os membros da equipe do PSF há diversas maneiras de compreender a família e suas relações; são formas diferentes de comunicar-se e integrar-se com a família em uma situação assistencial. A visão que a equipe tem da família é, de uma maneira geral, ainda individualizada, focalizando o indivíduo isoladamente no contexto familiar.

Emerge, sutilmente, no discurso de determinados profissionais, uma visão de família como uma unidade de cuidados. Sob essa ótica os familiares são envolvidos diretamente na situação assistencial, respeitadas as questões culturais que permeiam o seu viver, e a sua autonomia é estimulada quando se trata de decidir sobre os cuidados de saúde. A assistência integral à família envolve os familiares diretamente no foco da atenção, e nesse contexto cabe à equipe explicar, esclarecer, informar e posicionar-se quanto aos fenômenos relacionados à

sua saúde. Uma vez instrumentalizada com os saberes profissionais e culturais, cabe à família decidir sobre os cuidados que adotará para aquela situação.

Em relação ao problema da saúde da família, quando o médico vai no domicílio do paciente, o médico **não vai ver o paciente somente como paciente**; a diferença que existe entre pegar esse paciente e colocá-lo dentro de uma sala do consultório e você conversar com ele – e você ir visitá-lo no seu domicílio – **a diferença** está que o médico **vai ver toda a relação do paciente com o seu meio ambiente, com seu domicílio**; e isso vai desde o núcleo familiar – **porque esse paciente está doente? Qual é a relação que tem com (no caso) a esposa, o marido, os filhos, a avó, a sogra, quem estiver lá dentro – o por quê destas relações todas, com todas as causas patológicas por não cuidar da parte do saneamento básico.** Na hora que você entra no quintal, antes de chegar na porta você vê **um esgoto a céu aberto**, enquanto médico você está fazendo uma medicina realmente preventiva. A visita domiciliar prevê toda uma **estrutura domiciliar e não se faz só na cama onde o paciente está.** O médico tem que ter uma **visão global** da visita domiciliar. (P1 em 08/07/2002).

Ainda que demonstre uma intenção na adoção desse modelo em seu discurso – e uma certa iniciação na prática –, as atitudes desses mesmos profissionais perante a família no domicílio têm uma forte identificação com o referencial autoritário centralizado no saber profissional, focalizando o indivíduo, e não a família em seu conjunto. Isso se reflete quando esses profissionais orientam os cuidados de saúde, procurando seduzir, sutilmente, a família a adotar um agir técnico no lugar de um cuidado popular.

Antes de sair para o reconhecimento da micro-área com A2, passei nas salas do CS cumprimentando os funcionários e na sala do café encontrei S, perguntei sobre a saúde do seu sogro Sr. Q e ela me contou que ele estava desesperado com o estado do seu pé; que **havia ido procurar um farmacêutico na Lagoa que recomendara outro tratamento**, uso de açúcar e uma pomada sobre a lesão, um outro medicamento via oral e que deveria comer bastante azeitonas. S informou que ele decidira seguir este tratamento e **que abandonara completamente o tratamento indicado por P1.** S fica preocupada com o fato de que **P1 não gostará nem um pouco de saber que o Sr. Q abandonou o tratamento prescrito.** (Trecho do diário de campo: observação realizada em 20/09/2001).

(Sobre o discurso inicial de P2 junto à família): em visita à família SU, P2 perguntou à Sra. SU **se ela desejava amamentar o filho**; ela respondeu que sim, só que estava sendo muito difícil e dolorido e, por isso já estava tentando dar o leite em pó para a criança. **P2 explicou-lhe que a decisão de amamentar ou não, cabia a ela; se lhe perguntar o que ela (P2) acha, dirá que deveria tentar amamentar, mas quem deve tomar essa decisão é ela.**

(Atuação de P2 no desenrolar da situação assistencial): o bebê mamava vigorosamente na mama direita e P2 constatou que esta mama estava melhor (menos ingurgitada), já a mama esquerda estava muito ingurgitada e **orientou SU que era necessário retirar o leite manualmente** e sugeriu que depois tentasse colocar o bebê para mamar nesta mama. SU **desviou o assunto e não respondeu à sugestão** de P2, mostrando um certo desinteresse, ou não estar concordando com esta orientação. SU informou que tomou própolis ontem durante o dia, porque queria tomar alguma coisa que melhorasse o seu problema: **“de dentro para fora”**; e sentiu que deu bom resultado, porque hoje já está bem melhor. **P2 mostrou para SU o óleo (Dersani) para passar nos mamilos após as mamadas, que trouxe do CS,**

como havia prometido no dia anterior e SU respondeu sorrindo: **“acho que agora não será mais necessário”**. P2 disse que **mesmo assim deixaria o óleo com ela, caso resolva utilizá-lo fará muito bem**, para cicatrizar as fissuras, por se tratar de um óleo natural, com vitaminas. SU olhou para o frasco e disse que talvez resolva usá-lo. **P2 olha para SU e comenta : “não disse que em dois dias iria melhorar? Podes acreditar em mim!”** SU parece não haver ouvido o comentário de P2 (nada responde) e continua a olhar para a criança. Elas acertam o encontro nessa data e P2 pergunta se **ela tem mais alguma dúvida**, e SU responde que **não, que está tudo bem**. **P2 pergunta se ela vai continuar amamentando o bebê, ou se vai continuar com o NAN?** SU olhando para o bebê, **demora para responder e disse baixinho: “claro que vou amamentar até porque é mais barato”**. **P2 pergunta o que ela fará com a lata de NAN?** SU responde que vai dar para o filho U tomar no café da manhã.. **P2 pede a SU que prometa a ela que vai continuar a amamentar a criança no peito**. SU disse que **sim, sem muita clareza, com voz baixa, olhando para o filho**.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 05/12/2001 no domicílio de uma puerpera).

Apesar de se encontrar, ainda, sob a determinação do modelo autoritário, a equipe atribui à família, em primeiro lugar, a responsabilidade de zelar e cuidar pela saúde de seus membros. Nesse contexto, a equipe PSF tem um papel complementar, que deve ser integrado ao processo de cuidados desencadeado pela própria família. Nesse conjunto de coresponsabilidades, há papéis específicos tanto para a família como também para os membros da equipe PSF.

Ainda que a saúde seja, em primeiro plano, uma responsabilidade da família, a equipe considera que ela necessita de seu auxílio técnico/profissional no processo de cuidar.

(A família - no processo de cuidar da sua saúde)... **precisa de ajuda! Precisa! E essa ajuda vem dos profissionais!** (P4 em 26/04/2002).

Na maioria dos casos, os cuidados populares que a família utiliza para cuidar de sua saúde são considerados, pela equipe, inadequados para aquela situação, o que significa que os cuidados técnicos são, geralmente, de mais valia em relação a estes outros cuidados. Esse fato é claramente percebido pelas famílias, que reivindicam o exercício da alteridade por parte da equipe, respeitando o seu modo de acreditar, pensar, decidir e fazer os cuidados de saúde.

**A própria família é responsável pela sua saúde – a equipe ajuda a família a cuidar da sua saúde.** (A6 em 21/05/2002).

(A responsabilidade pela saúde)... eu acho que **toda a família; a própria família; porque se a família não se ajuda em sua própria casa, com saneamento e tudo, fica mais difícil.** (A2 em 02/05/2002).

Eu vou te falar a minha percepção: não sou eu responsável, não é a mãe que é responsável, não é o pai que é responsável, **todos são responsáveis pela saúde; tem que haver uma integração;** eu sozinha não vou conseguir resolver o problema

deles; eles sozinhos também não vão conseguir resolver seus problemas; então **responsáveis todos são** (família e equipe) **dentro dos seus papéis.**  
(P2 em 16/04/2002).

Da mesma maneira que a própria família, a equipe também entende que as relações de intimidade entre os seus membros influenciam a própria definição familiar. Há uma organização familiar em torno daqueles membros que são mais íntimos, e daqueles outros, menos íntimos. A proximidade geográfica das moradias e a convivência familiar também entram nessa questão. Nas classes populares onde as famílias desfrutam um viver social muito próximo no cotidiano de suas vidas e uma significativa relação de ajuda entre si, há um senso de intimidade mais coletivo do que aquelas famílias de classe social média cujas casas são rodeadas por altos muros, guardadas por cães e alarmes, e cuja intimidade tem condições de ser mais resguardada, isoladamente, no interior da própria família.

Esse moço **da primeira casinha** é alcoólatra; aí a gente vai conversar com o **da última casinha**, ela diz assim: “tadinha, aquela moça lá passou tanto trabalho essa noite porque o **marido chegou bêbado em casa, ela te contou?**” Aí eu disse: “não ela não me contou!” “Ah... ela passa tanto trabalho, J. **conversa com ela sobre isso...**” Então, **a última casinha já sabe do problema que aconteceu na primeira casinha**, só que **a moça, da primeira casinha, não me falou; foi me falar da última.** Aí se eu tiver que conversar com ela uma próxima vez **eu abordo o assunto e, automaticamente, ela me conta.** Tu tem que saber também como pescar, mas eu **jamais vou dizer que essa daqui me falou!** Eu não falo, também não me interessa, não é da minha conta, entendesse? Famílias que têm um drogado na família, “puxa... ele chegou maconhado essa noite, ele quebrou tudo!” - “Aí! Não brinca!” Porque aí também já **entra a confiança** e quando eu vou abordar o assunto com ela, conversar com ela, **ela automaticamente já me conta tudo.**

(P4 em 26/04/2002).

Assim a equipe percebe que o espaço da intimidade das famílias de classe popular, que tem esse senso de intimidade mais aberto, compartilhado, parece ser mais acessível em uma situação assistencial domiciliar, uma vez que os problemas mais particulares de uma família já são, automaticamente, do conhecimento dos seus vizinhos. Esse fato pode se configurar em um sério complicador ético, pois as famílias referiram que o fato de compartilhar a sua intimidade com a vizinhança, pela proximidade das suas habitações, está muito mais por conta de uma contingência social do que atendendo á sua vontade propriamente dita. Enquanto a equipe considera esse fato como algo favorável ao seu diálogo com a intimidade familiar, as famílias mostraram que gostariam de poder preservar mais as suas coisas e os seus assuntos particulares, ou seja, elas não têm esse senso mais coletivo de intimidade, por uma escolha própria.

Nas **classes mais baixas** sim; eles **contam** (os problemas íntimos), já na **classe média** não. As **famílias de classe mais baixa** **abrem a vida** com a maior

facilidade, não de uma forma generalizada, mas na maioria delas acontece isso; já nas classes mais elevadas eles têm mais receio de falar as coisas, eles não se abrem com tanta facilidade. Nas classes baixas, as casas ficam muito próximas, muito juntas, não tem como eles esconder o que se passa com eles; a gente anda por lá e todo mundo sabe tudo da vida de todo mundo! Então eles já vivem naquele ambiente e, pra gente eles acabam se abrindo; não se dão conta de que aquilo é tão íntimo; não é como a casa da gente que é um esconderijo. (P2 em 16/04/2002).

Fica mais ali entre eles essa família - aquelas famílias de paredes grudadas vivem mais entre eles ali: um escuta o que o outro conversa e tal. Nessa família que tem muros, esses negócios, fica dentro do que é deles, é fechada – entre eles; só nós que pegamos. (A2 em 02/05/2002).

(Perguntando à família de classe popular que a compõem) (...) ele diz que é a dele (a família) mas se tu perguntares se ele conhece as outras (famílias), ele conhece todo mundo, até o cachorro! E se tu perguntares do problema de algumas, ele também pode te relatar; tem uma área minha que é assim, lembra que eu te levei no Seu A? Então ali todo mundo sabe da vida de todo mundo. Se tu fores perguntar pro fulano como é que está a fulana lá da frente, ele sabe tudo. (A3 em 02/05/2002).

Nesse caso (de classes populares), ficam as senhoras em casa, então ali uma sabe da vida da outra, com certeza uma passa pra outra o problema : - o que aconteceu, que o marido brigou, e aqui já é diferente, já é gente de classe mais alta, geralmente todo mundo trabalha, só chega à noite do serviço, quase não se encontra, então também tem isso, né? (A5 em 29/04/2002).

A equipe PSF compreende a família como um conjunto de pessoas ligadas, na maioria das vezes, por laços consangüíneos e relacionais, que residem proximamente, compartilhando uma área geográfica comum e desfrutando de uma convivência social solidária, muito próxima, no dia-a-dia. Essas pessoas, neste contexto, compartilham determinadas questões ou problemas pessoais em um espaço íntimo mais ou menos comum, a que a equipe, possivelmente, pode ter acesso quando entra em contato com qualquer uma dessas famílias que compõem esse conjunto. Caracteristicamente, famílias açorianas – como as que habitam esta comunidade – compartilham o mesmo terreno, tendo cada filho a sua própria casa que fica geralmente situada atrás da casa do patriarca da família, que é o proprietário do terreno. A equipe não tem uma clara visão da organização familiar, enquanto *primeira família* e *grande família*, como elas mesmas concebem. Isso pode acarretar conflitos éticos no trânsito da equipe por entre os territórios íntimos da *primeira* e da *grande família*. Ao abordar, indevidamente, questões particulares da família com aqueles membros que não são legitimados para discuti-las, por pertencerem a uma dimensão mais ampla ou distante na organização familiar, a equipe poderá criar desavenças familiares e prejudicar as suas próprias relações com a família. Por outro lado, é importante que a equipe compreenda que, mesmo na *primeira família*, onde os laços afetivos e de confiança são mais próximos, não existe apenas

uma unidade íntima familiar; isto significa que, este é um grupo composto por indivíduos, que podem desejar preservar determinados assuntos, exclusivamente, sob o seu próprio resguardo, não os compartilhando, nem mesmo com os membros da sua *primeira família*.

Mas geralmente quando é casa assim, **tipo casinhas no ladinho uma da outra, uma grudadinha de parede pra outra, geralmente é mãe, filha, irmã, né?** Então é muito difícil pegar assim: aqui é eu, segunda casinha é tu, que não tens nada a ver com a família; não acontece isso! Pelo menos aqui não acontece! Estou falando na AA sabe por que? Andou saindo alguma coisa aí de banheiros... a Prefeitura ia dar banheiros, o governo federal, não sei quem é que ia dar banheiro... quinta feira chegou esse papel para entregar na segunda-feira: que é que eu fiz? Eu fui fazer no sábado; passei a mão na papelada, liguei pra moça da Associação ali das AA, que tem uma associaçãozinha pequenininha, ela pegou todo mundo e eu saí fazendo visitas nas casas mesmo, fui de casa em casa, pra ver quem tinha banheiro e quem não tinha. Vi que é isso mesmo: **é mãe, filha, tia, é o pai, filho e neto... são famílias separadas; quer dizer: têm um grau de parentesco, mas é outra família!** (As pessoas que não têm ligação consanguínea com a família e mora neste meio) **(....) automaticamente eles adotam como família, porque ele lida ali dia-a-dia, ele vê todos os problemas as necessidades e eles se ajudam muito.** (P4 em 26/04/2002).

Família pra eles é isso: **as famílias que moram nas casas próximas: primos, cunhados, irmãos e outros que morarem muito próximos, ainda que não sejam familiares consanguíneos.** (A5 em 29/04/2002).

No sul da Ilha é uma característica muito importante, aliás, em toda a Ilha de Santa Catarina - em nossa Ilha toda há isso aí. **Há uma divisão geográfica familiar no terreno; então o patriarca, o primeiro que comprou aquele terreno vai dividindo o terreno com os filhos, netos e primos e forma realmente um núcleo dentro da família.** Você tem, muitas vezes, dentro de 1000 metros quadrados você tem 4 ou 5 famílias, e isso claro – o que você falou é muito certo – enquanto uma família de classe média - em 700 metros quadrados tem uma casa com um casal e duas crianças. Então, o que acontece: **a própria personalidade daquele indivíduo já se afastou; e eu acho que faz parte também da personalidade do ser humano, que quando ele começa a querer se diferenciar das outras pessoas, ele não quer participar de uma coletividade** (referindo-se ao isolamento das famílias de classe média). (P1 em 08/07/2002).

Porque passa... **a gente está convivendo com a família todos os dias e a gente vai pegando, pouco a pouco a gente vai pegando; até mesmo na comunidade porque a gente, a comunidade já está sabendo mais ou menos, o que passa e o que não passa e você convivendo todos os dias, todos os dias na casa você fica mais familiarizado com a família, a gente pega bem isso.** (A2 em 02/05/2002).

A equipe PSF compreende que a intimidade familiar pode ser concebida, diferentemente, entre as famílias em uma mesma comunidade, entre a família e a equipe e, também, entre os membros da própria equipe. Isso é complexo porque a noção sobre o que seja um assunto íntimo sempre parte, em primeira instância, de uma referência pessoal dos profissionais. No entanto, estes percebem que existem diferenças nessa compreensão e que isto, por vezes, dificulta as suas relações com as famílias. Há nesse sentido, para a equipe,

dificuldades em decifrar os códigos de intimidade das famílias; por vezes, assuntos são resguardados de uma forma velada por uma família e, em uma outra circunstância ou outra família, essa mesma questão é trazida à discussão mais abertamente.

**Depende de família pra família. Tem família que mal entra já está falando o que está acontecendo e o que deixou de acontecer; e tem família que eu vejo que aconteceu alguma coisa aí eu tento imaginar umas frases, umas palavras certas pra entrar, pra perguntar; às vezes são assuntos que são difíceis, às vezes eu acho que é assunto particular deles que eles vão conseguir resolver. Quando aí no caso eu voltei naquela família e vi que eles não resolveram, eu tento perguntar, né? É bem raro. (A4 em 29/04/2002).**

Ah, sim, é muito complicado porque; **é uma coisa que ela guarda pra ela**, ela não demonstra, entendeu? E assim às vezes se diz assim: “ah...” - porque **pra mim é algo natural... e pra ela já é uma coisa mais grave.** (A2 em 02/05/2002).

**Cada um tem uma percepção diferente, né? Só o fato de ter um contato de mais tempo, a tua intimidade com o paciente vai ser diferente;** eu estou aqui há um ano e cada um que chega aqui, eles mesmos colocam a intimidade pra mim. (P3 em 17/05/2002).

As fronteiras desse espaço são mutáveis, sensíveis e imprecisas. Na esfera íntima existem vários níveis de abrangência, em diferentes dimensões que apresentam constantes movimentos de retraimento e de expansão. Nesse sentido, existem assuntos mais expostos e, em uma escala crescente de retraimento destes limites, são resguardados questões ou comportamentos que podem ser compartilhados exclusivamente pelo casal ou determinados membros da própria família e, como já foi referido anteriormente, há uma dimensão íntima restrita ao plano individual. Ante a aproximação de um estranho ao meio íntimo, os membros de uma família assumem, claramente, o comando do processo que regula a abertura e a restrição dos assuntos e dos comportamentos. Esses códigos necessitam ser decifrados pela equipe PSF nas suas relações com as famílias nos domicílios, para não caracterizar a situação assistencial em uma invasão de intimidade.

Muitos aceitam, **se abrem mais assim... mas muitos não - é só aquilo ali que você pergunta e deu.** É só o teu trabalho, **se está tudo bem, se não, tal... acabou.** Muitos não, muitos sentam, conversam, **esclarecem várias coisas, perguntam, ficam um bom tempo conversando.** (A2 em 02/05/2002).

(Sobre o acesso da equipe PSF a determinados assuntos da intimidade familiar) (...) **até onde eles deixam ir; eles não permitem mais do que aquilo - até se eles não gostarem do que estão vendo, eles não vão... eu não sou muito de ficar avançando...** Quando eu comecei eles me olhavam com bastante desconfiança, - quem será? Será que é uma pessoa que eu posso confiar? Agora a gente percebe, assim, que eles confiam bastante já em mim, a ponto de contar da vida deles: o que o pai faz, o que a mãe faz, sabe? (P3 em 17/05/2002).

A organização desse espaço, quer dizer, a forma com que essa dimensão é configurada em cada família, sofre grandes influências sócio-culturais. Portanto, no trabalho com as famílias há que se ter em mente que não existe uma padronização para assuntos íntimos; aquilo que pode ser, absolutamente, exposto diante da equipe em uma família, pode, perfeitamente, ser algo estritamente familiar para outra. Aquilo que pode ser perfeitamente apresentado ou comunicado por um dos seus membros, pode ser constrangedor para aquele outro familiar.

**Essa proximidade cultural é muito importante, mas só se consegue isso quando você convive com eles no dia-a-dia, né? Então eu me preocupava em ir numa reunião deles, eu me preocupava em ir num aniversário, eu me preocupava, em participar, muitas vezes, de reuniões sociais deles. Não no sentido de ir só por causa disso, com segundo interesse, porque eu realmente gosto disso, faz parte do meu jeito de ser. Agora quando eles se vêm com um (profissional) que fica muito lá em cima... - como me diziam: "a senhora vive rindo, a senhora conversa com a gente"- senta com eles... isso também faz diferença. (P1 em 02/07/2002).**

**(A respeito de diferentes percepções sobre "intimidade") (...) exatamente; e também a questão cultural acaba entrando nisso. (P2 em 16/04/2002).**

A equipe acredita que ao ingressar no espaço do domicílio já se esteja, de uma certa maneira, entrando no campo mais particular da família; ali está a sua moradia, contendo os objetos pessoais, com toda uma gama de significados e sentimentos, podendo retratar a organização do viver cotidiano. O acesso ao próprio domicílio é regulado pela família ante a aproximação de qualquer pessoa estranha ao meio familiar. A assistência domiciliária tem uma conotação específica, e muitas vezes complexa, porque inevitavelmente a equipe ingressará nesse espaço físico e social da família. Entrar na casa, e mais intimamente no lar familiar, é para a equipe algo muito complexo, por vezes constrangedor e absolutamente diferente das relações assistenciais que se estabelecem dentro das instituições.

**É isso, a intimidade...Tu entra dentro da casa dela. (A1 em 26/04/2002).**

A equipe sente-se, por vezes, despreparada para interpretar e agir diante desses códigos de intimidade da família. Em especial, os ACS's, ao perceberem que estão se insinuando em um território estritamente particular, ficam muitas vezes constrangidos, sem saber exatamente se têm a permissão para avançar ou se deveriam recuar no diálogo com a família. Em outras situações, constroem-se por haverem visualizado, ouvido ou percebido uma situação que está, claramente, na dimensão dos segredos familiares.

**Muitas vezes a gente entende e faz de conta que não está entendendo nada, porque é coisa também delas, entendeu? - Então tem vários problemas que a gente não quer revistar, mas a gente acaba vendo. (A2 em 02/05/2002).**



A equipe compreende, da mesma forma que a família, que o espaço da intimidade é o próprio espaço físico e social do domicílio da família. Ali ela guarda segredos, assuntos particulares que não são demonstrados, expostos a público; são, portanto, reservados ao meio familiar. É algo relacionado ao plano pessoal, particular, “do lar”, na ordem do secreto.

Intimidade... Tem gente que é tipo um segredo pessoal, né?  
(P4 em 26/04/2002).

Eu acho; íntima e muito pessoal, porque tem a ver com o teu lar.  
(P4 em 26/04/2002).

Sim, de intimidade, intimidade! Coisas pessoais mesmo, né?  
(A3 em 02/05/2002).

Ao conviver com a família em uma situação assistencial no domicílio, a equipe consegue perceber a aproximação daqueles assuntos que são, cautelosamente, resguardados no âmbito do secreto quando o diálogo assume um caráter de desabafo, um tom confidencial. Com essa sinalização, a equipe percebe que deve haver um cuidado ético redobrado; aquilo que é configurado como um desabafo exige maior confidencialidade. Quando o diálogo assume essas características, a equipe percebe que ingressou em uma dimensão mais restrita, fechada e obscura da esfera íntima. Ali se encontram problemas, por vezes extremamente complexos, sérias infrações ou desvios sociais, e até os limites da vida. Essa proximidade com a realidade interior das pessoas é que caracteriza a complexidade das relações que ocorrem na assistência domiciliar; cabe à equipe uma grande habilidade, competência e sensibilidade para transitar de forma responsável, resolutiva e humana nesse território.

Quando eu vejo, assim, que é uma pessoa que tem doença, coisa e tal, problemas assim, psicológicos, então, algumas coisas eu falo, assim. Aí eu chego no posto e digo: “fulano tem problemas psicológicos, toma tal remédio, coisa tal e tal” - mas o que a pessoa desabafou comigo eu nunca conto pros outros. (A3 em 02/05/2002).

Mulher que trai o marido conta pra gente, é uma forma deles desabafarem, né?  
Uma entrou em depressão, cortou os pulsos, tivemos problemas com ela...  
(A1 em 26/04/2002).

É no espaço íntimo que a maioria das famílias “esconde” assuntos que dizem respeito aos seus relacionamentos pessoais, especialmente relações intrafamiliares problemáticas e difíceis, bem como as suas dificuldades financeiras e materiais. Quando essas questões vêm a público, ou seja, passam a ser submetidas a olhares estranhos, geralmente instala-se um sentimento de vergonha na família, porque a sua realidade não lhe confere um *status* que

atenda às expectativas ou referências de um modelo social. Trata-se de um desvio social. Martins (1999) acredita que, nesse caso, a vergonha ocorre quando há uma transgressão das normas ou rituais de uma autoridade exterior, que é interiorizada pela família e, na situação assistencial, o olhar da equipe pode ser a medida dessa autoridade. O sentimento de vergonha da família em relação à sua realidade social ou emocional válida, de certa forma, a autoridade da norma, do controle e do poder representado pela equipe PSF no domicílio.

A gente nota que **as pessoas mais simples**, às vezes, **têm vergonha de mostrar pra gente o meio de vida deles**, então eles querem mostrar pra gente o melhor que eles têm na casa; às vezes quando eu vou, tenho que lavar a mão, usar o banheiro, **alguns ficam sem jeito**, então a gente diz, "... não fica preocupado, a gente não repara nada", mostrar pra eles que a gente não está ali para ficar observando o que eles têm ou deixam de ter; mas a gente está ali tentando ajudar. (P2 em 16/04/2002).

Porque tem coisas que a gente não fala pra ninguém, porque acha que é vergonha! "Olha, eu tenho vergonha de dizer que hoje eu não tomei café, que eu estou com fome, que eu não tenho dinheiro pra comprar um pão". Isso pra muitas pessoas dói muito! É muito triste! (P4 em 26/04/2002).

Nesse âmbito são resguardadas determinadas doenças estigmatizadas socialmente, como hanseníase, AIDS, outras doenças sexualmente transmissíveis e, também, em alguns casos, a drogadição. A ocorrência de violência doméstica familiar, principalmente em relação à criança e à mulher, também é uma questão muito fechada, de cunho particular, extremamente reservada à família. Em caso de pessoas mais idosas, os assuntos relacionados à sexualidade, de uma forma geral, são questões íntimas do casal. Nas famílias mais jovens, esse tipo de assunto é discutido mais abertamente.

Olha, eu não cheguei a pegar hanseníase; na área da L parece que teve um caso na época do R, ele descobriu, mas a gente foi lá e **ele não chegou a dizer o que ele teve, né?** Perguntando: o senhor teve algum problema no pé? – a gente foi informado e tal... Ele logo foi dizendo: "Não, não, foi um bicho geográfico, não sei que..."- na hora. Então aí é difícil! **Não tem como chegar ali e cadastrar essa pessoa. É difícil. Tem coisas que eles não abrem.** (A5 em 29/04/2002).

Pessoas com vírus HIV, **muitos não se abrem**: "ah, não... tenho ou não tenho..." **eles fecham a intimidade deles**; outros não, esclarecem tudo com a gente. (A2 em 02/05/2002).

**Drogas - alguns, mas são poucos. Doenças como HIV – não abrem.** (P3 em 17/05/2002).

Eu não acho que seja tão fácil assim, por exemplo, **drogas, não, ainda é muito escondido! Não é uma coisa assim tão pública.** (P1 em 08/07/2002).

**Drogas? Nunca me comentaram nada; eu acredito que não abrem muito.** (A5 em 29/04/2002).

(...) só a **violência da criança** que ainda não é muito falado; mesmo nas classes mais baixas. (P2 em 16/04/2002).

Os assuntos resguardados na intimidade podem ser abertos pela família segundo a percepção que ela própria tem do grau de necessidade de auxílio profissional. Isso parece estar traduzindo para a equipe que a intimidade da família deve ser acessada, profissionalmente, à medida que esta última sente a necessidade do seu auxílio. Então não há, absolutamente, uma indicação para vasculhar o território dos segredos familiares, quando a própria família não sinaliza essa condição. Isso quer dizer que a intimidade do domicílio é um espaço monitorado pela família, cujas fronteiras têm uma abertura regulada, segundo o grau de necessidade de saúde percebida pela própria família; cabe à equipe identificar as manifestações que perpassam as relações assistenciais, através das quais a família sinaliza essa necessidade de desabafar ou emitir um pedido de “socorro” para os seus problemas mais pessoais. Da mesma forma, deve ser identificado o desejo de recolhimento familiar ante outras questões que, aparentemente ou comumente, possam parecer perfeitamente discutíveis em público. As famílias corroboram esse pensamento quando referem que a presença da equipe no domicílio faz sentido quando elas consideram determinada situação da “alçada profissional”, ou seja, necessitam dos cuidados profissionais para resolução de determinados problemas, esgotadas as possibilidades terapêuticas dos cuidados populares.

**Umas levam a sério isso, outras não; pra elas é banal (mulher apanhar do marido). Umas fecham mais e às vezes tu não consegue nem buscar isso. Às vezes tu já sabe que está acontecendo aquilo, mas tu não consegue arrancar. Pra ela é uma intimidade dela mais profunda, lá de dentro, que ela tá abrindo porque ela tá com necessidade.** (A1 em 26/04/2002).

**É sim, porque ela necessitou da minha ajuda. Talvez ela olhou pra mim e pensava: ela passa em uma casa e outra e deu; aí depois um dia ela me deu a oportunidade de eu mostrar pra ela que eu podia ajudar ela. Então hoje, assim, eu passo, ela continua acenando da janela, mas ela sabe que pode contar comigo.** (A3 em 02/05/2002).

**Eles não estavam interessados e no outro dia apareceu algo, aí eles mesmos se interessam. Aí o interesse é deles, porque a gente fez a nossa parte, a gente passou. O interesse é dele – ele está doente; eu passei, estava tudo bem, ele me atendeu, bom ou mau, me atendeu... mas depois que ele ficou doente o interesse é mais dele porque daí eu faço a ponte (com o posto). (Quando está tudo bem) ele não vê muito significado no que a gente está fazendo, mas quando aparece algum problema de saúde ele sabe o significado do nosso serviço, entende melhor (o papel do agente).** (A2 em 02/05/2002).

A complexidade que envolve um processo assistencial que se dá em meio a um jogo de luzes e sombras, por entre o oculto e o anunciado na esfera pessoal da família, é, para a equipe

PSF, um imenso desafio. Esse trabalho requer, no mínimo, uma capacitação específica e um continuado trabalho de discussão e apoio, com um suporte multiprofissional efetivo. É pertinente questionar por que esse tipo de assistência, que abarca um nível tão complexo e subjetivo, está praticamente a cargo dos ACS's, com um suporte mínimo dos profissionais do PSF. Por conta de uma proximidade cultural e social foi entregue aos ACS's, talvez, o âmbito mais indecifrado, profundo e sensível no plano assistencial, que é o relacionamento com a intimidade familiar, em um território que está sob a guarda da família.

**Quadro 9:** Termos incluídos no domínio: **intimidade**; termos cobertos: **a intimidade da família**.

*A intimidade da família:*

termos incluídos:

domínio exclusivo da família, controle da família;

diferentes percepções;

espaço físico e social, limites fronteiriços sensíveis;

algo pessoal, do lar;

reserva, esconderijo, segredos;

assuntos familiares complexos;

diagnósticos de determinadas doenças, sexualidade, dificuldades financeiras e materiais;

acolhe sentimentos de vergonha: não mostrar, não expor, não falar;

retraimento, autoproteção;

confidências e desabafos;

necessidade de ajuda;

condição de sigilo.

## 6.4 OS DESAFIOS

Os grandes desafios da equipe em seu trabalho com as famílias, nos domicílios, dizem respeito principalmente a dificuldades estruturais do próprio sistema de saúde. A equipe PSF necessita de um apoio multidisciplinar, mais desburocratizado, incluindo o trabalho de psicólogos e assistentes sociais, entre outros, para assessorá-la nos trabalhos com as famílias. A precariedade de uma estrutura multidisciplinar de apoio dificulta, sobremaneira, o trabalho da equipe com determinadas famílias que vivenciam problemas muito complexos, ligados desde a drogadição à violência doméstica.

Uma outra dificuldade que a equipe encontra diz respeito à própria demanda. O PSF preconiza que uma equipe seja responsável pela cobertura de 800 a 1000 famílias, podendo esse critério sofrer alterações de acordo com a densidade demográfica da população do município e das dificuldades de acesso. Geralmente, quando se fala em uma família, a referência imediata corresponde a um domicílio ou uma casa. O que ocorre é que em uma

grande maioria de residências habitam duas ou mais famílias, alterando essa relação família/residência. Nesse sentido, a equipe PSF considera que atende uma demanda que extrapola em muito a sua capacidade, pois é responsável, nessa comunidade, por 2500 famílias/casas (900 famílias na área 251, e em torno de 1400 famílias na área 250).

Os profissionais PSF prestam atendimento na Unidade Básica de Saúde ou CS, incluindo a assistência a usuários de outras comunidades e, ainda, se responsabilizam por duas áreas de abrangência que são, caracteristicamente, distintas; tanto nas condições sócio-culturais da clientela como na vinculação administrativa. Uma delas é vinculada ao PSF, e a outra, ao PACS. Isso traduz um acúmulo de trabalho e, apesar do esforço e eficiência dessa equipe, a sobrecarga da demanda dificulta uma dedicação maior ao atendimento domiciliar das famílias. Há pouca disponibilidade de tempo para um acompanhamento mais minucioso do trabalho e das dificuldades dos ACS's e, também, para desenvolver um projeto de trabalho mais integrado junto às famílias.

Uma grande dificuldade nossa é a **sobrecarga da equipe; pelo número da população, teria que ter-se duas equipes**; não tem uma enfermeira que fica aqui no posto, para eu poder sair e visitar as famílias; isso é algo muito, muito sério! Se eu saio para fazer uma visita e tenho um paciente aqui no posto para ser atendido, como é que fica? Outra coisa é **que temos uma comunidade que abrange uma área muito grande**, muitas vezes para chegar a um local são duas horas de caminhada para ir e voltar, considerando que a gente faz uma visita de uma hora, foi, praticamente, um período inteiro de trabalho. Precisaria uma enfermeira só para esse trabalho. (P2 em 08/11/2001).

P2 mostrou-me todas as fichas que os ACS's devem preencher nos domicílios, como eles reúnem todos esses dados em um único relatório mensal e como ela compila todos os dados disponíveis para um relatório único e mensal das atividades desenvolvidas no CS. Comentamos ainda sobre os **problemas estruturais que interferem na atuação da equipe do PSF**, e analisamos as dificuldades que experienciam, tendo em torno de **2500 famílias nas duas áreas**, sendo em torno de 900 famílias da área 251 e em torno de 1400 famílias da área 250. P2 explicou-me que o PSF preconiza até 1200 famílias para cada equipe, no entanto, a orientação do programa considera **cada família em uma residência**, ou seja, 1200 residências; quando na realidade em **uma única residência habitam muitas vezes até 3 ou mais famílias**. Um outro problema enfrentado por esta equipe é que **não há uma equipe do PSF para atender exclusivamente às famílias na comunidade**. A mesma equipe atende à demanda do CS e às famílias nas duas áreas: uma delas em que funciona o PSF e na outra funciona o PACS. Assim, **a equipe assume as duas áreas, com os dois programas e a demanda do CS**. (P2 em 31/10/2001).

**A família pra mim são todos que residem na casa**. Eu vou na tua casa: "Oh, G, não dá pra tu veres a pressão aqui da minha mãe?" Que é outra casa, tu podes considerar uma outra família porque está morando em outra propriedade, mas é a família! **(No PSF) é considerado cada família uma casa, são as pessoas que residem dentro**. (P4 em 26/04/2002).

A ausência de um projeto coletivo de trabalho da equipe PSF fragmenta e, muitas vezes, duplica o trabalho da equipe junto à família. A ausência de uma visão conjunta do contexto de

saúde da família não possibilita uma continuidade e integração das ações assistenciais entre os diferentes membros da equipe; ou seja, há uma fragmentação do processo assistencial. Isso acarreta uma série de indefinições e repetições no que se refere aos objetivos assistenciais, e confunde tanto a equipe quanto à família sobre os papéis que cabem a cada um dos atores no encontro assistencial domiciliar. Isso repercute, diretamente, nos outros domínios, principalmente no estabelecimento das relações de confiança, na resolutividade dos problemas de saúde da família e na credibilidade do trabalho de assistência domiciliar. Acredito que a ausência de um projeto coletivo de trabalho em saúde familiar fragmenta a assistência, fragiliza as relações da equipe com a família e dificulta um vínculo profissional efetivo. Nesse sentido, a equipe está consciente da necessidade de um trabalho conjunto e integrado da equipe junto à família.

**Acho que cada um trabalha dentro da sua visão; cada um faz o seu próprio trabalho; não tem uma normativa, a não ser os princípios do PSF; a minha forma de trabalhar com a família...** eu vou lá visitar uma puérpera, estou olhando a puérpera, estou olhando o nenê, estou olhando o ambiente em que eles vivem, a gente está relacionando tudo. **Já o pessoal de nível médio vai lá fazer o curativo, faz o curativo e sai.** Toda casa que eu vou, se tem uma criança, pergunto: “estás indo pra escola, não estás, quem cuida de ti, onde está o teu pai, teu pai foi trabalhar? O que é que tu comestes hoje?” Naquela conversa que parece informal, a gente vai perguntando o que interessa pra gente. **Cada um faz o que acha ser melhor.** (P2 em 16/04/2002).

**Cada um vai lá, faz um pedacinho** e não ficam puxando... (o trabalho dos outros profissionais) [...]. (A4 em 29/04/2002).

**A equipe tem que ter o perfil; os papéis têm que estar claros, os direitos e os deveres de cada um** – só que muitas vezes, os deveres, no caso, de receber essa história do agente de saúde, **não tem estrutura**, muitas vezes, para se receber – **porque a demanda é muito grande**, então você não tem tempo pra cuidar, muitas vezes, desses aspectos. (P1 em 08/07/2002).

De uma forma geral, o PSF não prepara, adequadamente, a equipe para o trabalho com as famílias no espaço da intimidade familiar, no domicílio. Não se discute, com a equipe, as questões conceituais e nem, tampouco, os seus reais problemas operacionais. A ausência de uma discussão conceitual sobre família por parte da equipe dificulta, por vezes, a sua compreensão sobre o contexto da saúde familiar. A equipe focaliza a saúde individual dos seus membros, ao invés de orientar-se na perspectiva de uma unidade de cuidados. Isso dificulta a compreensão da dinâmica familiar no processo de cuidar da saúde da família, das relações intrafamiliares que ocorrem na instalação desse processo. A falta de habilidade da equipe em lidar com as questões da intimidade familiar denota a falta de aprofundamento sobre esse assunto, e incorrendo em erros e acertos, os profissionais procuram caminhos,

muitas vezes, complexos para assistir às famílias nesse território, podendo instalar-se conflitos de papéis e complicadores éticos significativos.

**Pessoal melhor preparado, a gente precisa de mais cursos**, porque não é simplesmente botar na sala, fazer esse curso aqui e depois te mandar pro trabalho. Quando montaram o PSF, botaram a gente a fazer um curso de PSF, só que impuseram outras coisas diferentes. Tipo: eles queriam que a gente pensasse mais ou menos o que eles davam; eles queriam que a gente tivesse uma resposta para o que eles tinham, sabe? Eles não queriam uma coisa que a gente criasse, **eles queriam uma coisa que já estava criada**. Isso aí, eu acho que complica muito o andamento da coisa. Porque **cada comunidade tem um estilo de vida diferente, tem uma cultura diferente, tem problemas diferentes - podem ser parecidos, mas não são iguais**. Tanto é que de um Estado pra outro o PSF acaba tendo uma visão completamente diferente da outra, claro – buscando a saúde da família – mas de uma maneira diferente. E a gente acabava **encontrando as barreiras que é a falta de estrutura – de pessoal, a falta de apoio** – na própria central, que a gente passou isso, **a falta de comunicação...** a gente discutia, mas daí eles voltavam atrás... “ah... mas a gente não está falando isso”... só que sem isso - ocasiona o problema. (P3 em 17/05/2002).

(Discussão conceitual sobre “família”)... não, isso **nunca foi discutido aqui**. Acho (que seria importante discutir) **porque cada família é uma família. Como eu tenho família que é sozinha, mas pra mim é uma família, eu vou dentro da casa dela**. (A1 em 26/04/2002).

O nível de formação dos ACS's não é compatível com as funções que lhes são atribuídas junto às famílias. Por outro lado, na atual estrutura de trabalho a equipe não tem condições de monitorar mais proximamente a atuação dos ACS's em seu trabalho junto às famílias pela própria sobrecarga de trabalho, referida anteriormente. O trabalho que os ACS's realizam junto às famílias não tem, portanto, o devido acompanhamento e suporte da equipe, ou seja, os dilemas éticos, os conflitos de papéis e os complexos problemas da intimidade familiar não são adequadamente discutidos e acompanhados junto aos ACS's, o que reflete diretamente na assistência prestada às famílias no domicílio. Portanto, no atual contexto de trabalho a equipe não consegue intervir eficazmente junto às dificuldades encontradas pelos ACS's na assistência domiciliar. Essas dificuldades referem-se, especialmente, aos níveis decisórios, quando se trata de sugerir condutas e encaminhamentos para determinados problemas de saúde com que os ACS's se deparam em seu trabalho; enquanto isso, as famílias, por sua vez, esperam uma resolução satisfatória para esses problemas por parte do Sistema de Saúde.

**Se tu não consegue... o povo é assim: se tu não consegues eles acham: ah... não adianta essa visita, tu tem que começar tudo de novo!** Porque se tu não consegue da primeira vez eles acham que tu tem que conseguir da primeira vez; tu tem que conseguir, quebra o teu trabalho todo, de uns três anos, tu quebra em meia hora, aí tu tem que começar tudo de novo. (A1 em 26/04/2002).

De outro modo, as dificuldades estruturais encontradas no processo do encaminhamento daquelas questões que requerem uma assistência de maior complexidade tecnológica trazem sérios dilemas para a equipe, especialmente os ACS's, que se envolvem com a família nos domicílios e formam, com estas, vínculos comprometidos em uma relação de ajuda.

**Há falta de resolução dos problemas de uma maneira geral e também há muitas reclamações sobre o atendimento no posto de saúde, deveria ser re-estruturado.** (A6 em 21/05/2002).

O maior problema do PSF é que o programa estimula esta aproximação com as famílias no domicílio, a gente se envolve e se compromete com os seus problemas, ela passa a confiar mais na equipe; por outro lado espera uma certa resolução dos seus problemas através da gente e nós, profissionais, não temos o respaldo institucional para ajudá-las. Fica muito complicado para a gente, acabamos lançando mão da colaboração e favores de profissionais não ligados ao programa, que por amizade, passam atender as pessoas que encaminhamos como um favor, principalmente no que se refere a exames e especialidades, para podermos dar uma certa resposta aos problemas destas. Os problemas são levantados, a equipe se envolve com as famílias, e pouco pode fazer para ajudá-la a resolver os seus problemas, por deficiências estruturais do próprio sistema". (P2 em 08/11/2001).

A equipe do PSF, atuante no Centro de Saúde como foi referido anteriormente, não tem condições adequadas de trabalho para assistir às famílias nos domicílios e nem, tampouco, assessorar adequadamente o trabalho dos ACS's nos domicílios, por ter que se ocupar com a grande demanda assistencial nos programas de saúde desenvolvidos nesse CS. Isso tem um reflexo direto na qualidade da assistência domiciliar.

No papel é maravilhoso! Se tudo isso, se o PSF funcionasse como manda no papel, seria maravilhoso, é perfeito, simplesmente perfeito! Mas atualmente não acontece nada do papel, nada! Por exemplo: um médico, ele é pediatra, ele é clínico geral, é ginecologista. Como é que um médico do PSF vai fazer visita em casa, à hora que a pessoa precisa, com o posto cheio? Não funciona... eu acho assim: deveria ter um médico clínico geral, um pediatra. O clínico geral, porque é diferente tu cuidar de um adulto e de uma criança; criança não sabe onde é que está doendo, tu tens que, praticamente, descobrir, tem que ser bom, eu admiro pediatra; tem que ser bom! E o clínico geral já é diferente! Então do clínico geral já dá pra tirar (tempo) pra fazer as visitas em casa, dá pra programar isso! Quanto idoso a gente tem na cama e a gente não visita! A boa vontade entra aí: em ir a pé, tudo bem, a gente vai; é longe... é; mas aí vem aquela história... "onde é que anda a J?" "Ah, está lá na casa do seu fulano" – "Pôxa, esse tempo todo"? ... Mas é longe! (P4 em 26/04/2002).

O que precisava pra funcionar, realmente, era mais médicos, mais uma enfermeira, mais um técnico, mais uma enfermeira... uma auxiliar, seria mais uma equipe, pra uma equipe ficar aqui e outra sair. (A1 em 26/04/2002).

Atualmente o trabalho com as famílias nos domicílios é realizado, quase exclusivamente, pelos ACS's. A presença dos outros membros da equipe no domicílio das famílias só ocorre, via de regra, em caso de emergência/urgência, sem uma continuidade



operacional e nem, tampouco, uma integração assistencial à família no conjunto dos profissionais. Haveria necessidade da atuação de mais uma equipe PSF para que a demanda do CS continuasse a ser assistida com qualidade assistencial e, também, fosse possível desenvolver um trabalho sistemático do conjunto da equipe junto às famílias nos domicílios.

Só que tem que ter essa visão dentro do próprio grupo, né? Como é **que tu vais passar uma coisa que tu não tem; já é complicado passar o que tu tem**. Tipo assim: se eu sei, dentro de um Programa, **que existem outras bifurcações pra ajudar, eu acho que tu tens que passar pro resto da equipe**; porque **tu tens que estar informado e os outros também**; porque digamos que eu venha a faltar, só que aquela outra pessoa tem como resolver o problema, pelo menos dar uma resposta, é importante - e **isso não acontece aqui dentro. Acaba ficando individual, as pessoas acabam individualizando o negócio, né? Isso que é complicado**. (P3 em 17/05/2002).

(Sobre um trabalho coletivo da equipe junto à família): Eu **acho importantíssimo**, eu **acho necessário**; algumas vezes a gente tentou fazer isso, eu tentava, pelo menos, ter esse contato direto com todas e caí, infelizmente, naquela história da **falta de tempo** de fazer reunião; agora eu acho que **isso é um processo contínuo**, você tem que fazer isso continuamente, o tempo todo. Por isso é importante que o grupo se dê bem, quando eu senti que não estava havendo uma união, a coisa também não funcionava, porque se não tiver união é difícil você segurar aquilo ali, porque é **muito pesado**. (P1 em 02/07/2002).

A insatisfação da equipe frente às suas condições de trabalho e situação salarial desmotivava-a para o trabalho em si. A carga de dois empregos pesa, sobremaneira, nas condições físicas e mentais dos profissionais, que se sentem constantemente estressados. Remanejamentos freqüentes tendem a desestruturar o trabalho da equipe e os vínculos estabelecidos com as famílias. Todos esses fatores refletem-se, automaticamente, na qualidade da assistência prestada às famílias no domicílio. A equipe considera que a instituição não enfrenta os reais problemas constatados pela equipe na prática assistencial junto às famílias. A equipe gostaria de ser mais ouvida pela instituição, e que os seus reais problemas fossem mais considerados e discutidos. Em suma, a equipe gostaria de ver o seu trabalho mais valorizado perante a instituição, gostaria de opinar sobre as necessidades e os próprios planos que a instituição tem para a saúde da comunidade em que atua. Considera também importante preparar-se melhor para a assistência junto às famílias e, nesse sentido, deseja que a instituição lhe ofereça as oportunidades.

Outra coisa que pega muito... querendo ou não, a gente vive numa sociedade capitalista, depende de dinheiro – a maioria da enfermagem **tem dois empregos – está estressada**, cansada, tem os **problemas no posto**, tem os problemas familiares, seus mesmos, de casa: eu por exemplo levo uma hora e meia pra vir e uma hora e meia para voltar – **são três horas que eu gasto de condução – só que eles não se interessam por nada dos pontos** – eles só querem saber – tu vais estar no posto, vai chegar cliente no posto e tu vais fazer o teu serviço lá. Só que não é assim! **Eu acho que o trabalho não funciona só nisso**; - tu tens que receber também um bom salário, pra te vestir, pra te alimentar, pra cuidar dos filhos, cuidar de casa. É o que

está faltando pra toda a área da enfermagem. Daí acaba tendo a comparação: “ah, mas em Joinville, o salário é maior do técnico, do médico, da enfermeira – por que aqui é tão baixo?” É o mesmo PSF – é a mesma coisa; a renda – pelo menos foi isso que foi passado em curso – a renda é a mesma – mas eles não conseguem dizer por que a distribuição é diferente. **Pessoal melhor preparado, a gente precisa de mais cursos**, porque não é simplesmente botar na sala, fazer esse curso aqui e depois te mandar pro trabalho. **Botar o que tem à disposição para ti trabalhar ...** é muito fácil o governo federal que não estão fazendo (atuando na prática) – “farmácia popular” – empurra lá no posto, dá remedinho – **vai resolver todos os problemas? Não vai! Tem que saber porque aquela pessoa está precisando de tanta medicação**, assim... porque vem um absurdo de medicação. **Eles não querem saber que tipo de medicação realmente está sendo usada – nunca foi perguntado**. Por exemplo: AAS 500mg – tem aos baldes, a gente mandou devolver mais da metade, se bobear, uns 90% - só que o AAS, digamos, de 100mg – farmácia popular nunca mandou – **eles não perguntam**, entendeu? **Porque quem está ali na base, trabalhando diretamente com o público, é que sabe das necessidades, mas eles nunca chegaram a perguntar**. (P3 em 17/05/2002).

A equipe PSF encontra muitas dificuldades para resolver às questões que são encontradas na intimidade da família; busca o apoio da instituição para a resolução dessas questões e não tem tido respostas satisfatórias nesse sentido. Assim, os problemas levantados, identificados na intimidade familiar pela equipe no domicílio, têm pouca resolutividade por parte da instituição. Dessa forma, a aproximação da equipe com a família, a conquista do vínculo entre eles através de relações da confiança, envolvimento e compromisso, na realidade pode ter por base uma perspectiva assistencial ilusória e fragilizada, principalmente ao se tratar daqueles problemas de saúde que requerem uma assistência de maior complexidade técnica ou especializada. Essa é uma situação absolutamente conflitante nas relações assistenciais. A equipe trabalha, muitas vezes, com as famílias, sem ter uma perspectiva de resolutividade favorável do processo assistencial; são incumbidos de tarefas que incitam expectativas positivas nessa família e, por outro lado, não podem comprometer-se com o seu cumprimento ou realização. Nesse caso, o profissional de saúde desempenha, junto à família, o papel de representante de um sistema que não funciona satisfatoriamente. Essa situação interfere de uma maneira extremamente negativa no vínculo que a equipe conquistou junto à família e há, então, a necessidade de um constante recomeço, de reconquista das relações de confiança junto às famílias, acarretando o sério desgaste nas relações assistenciais.

(O vínculo, a confiança) [...] naquele momento **fica quebrada**; aí tu **tem que conquistar outra vez aquela pessoa e fica mais difícil tu conquistar aquela pessoa**, porque ela já perdeu a confiança em ti uma vez, porque tu não conseguiu, porque ela estava precisando. **O nosso trabalho é recomendar sempre, na real, não vê o fim. Às vezes a gente vê o resultado e é muito bom! Mas é difícil, porque não depende só da gente; porque se dependesse só da gente... Nossa Senhora... maior prazer**. (A1 em 26/04/2002).

A comunidade, por sua vez, não foi preparada para receber a equipe e, em especial, o ACS no domicílio. Muitas vezes as famílias desconhecem o próprio PSF. Essa desinformação traz consigo a indefinição dos papéis e dos objetivos assistenciais, refletindo-se, diretamente, nas relações entre equipe e família e na definição da situação assistencial.

O que acontece também é que o próprio indivíduo, o cidadão não está preparado para ter agente de saúde; ele não entendeu ainda o papel desse agente e a importância que ele tem - de ter um agente à disposição dele, entendeu? Ele não achou a importância ainda. Então foi explicado para o agente a importância do cidadão e não foi ensinado para o cidadão a importância do agente. Qual é a cultura que nós temos de agente? Qual é a cultura de agente de saúde? Antigamente tinha a febre amarela e tinha lá o visitador sanitário, o que é que ele fazia - ia lá botava uma plaquinha, não perguntava nada. De repente colocou uma tropa, uma quantidade de pessoas, 600 agentes, batendo na porta de todo mundo - pra fazer o quê? O que eles estão querendo saber de mim? Vem a desconfiança também! Então eu acho que o Programa de Saúde da Família, no seu contexto todo, talvez seja um pouco visionário o meu pensamento, mas teria que ser preparada toda uma comunidade! A comunidade tem que ser preparada para receber um médico de PSF, não é? Então o que eu acho é que a base do Programa é muito boa, mas ainda vai precisar crescer mais e o indivíduo, o cidadão precisa aprender também a saber o que é o Programa de Saúde da Família. Eu não vi nenhuma propaganda na televisão sobre Programa de Saúde da Família, teve assim: o agente vai na sua casa... mas não é um esclarecimento, que não devia ser feito na televisão, devia ser feito, talvez, por panfletos - mas enfim, o cidadão ainda não está preparado para receber a equipe. (P1 em 08/07/2002).

Em primeiro lugar : - elas (as famílias) são pessoas que não são preparadas - elas não sabem o que é que as pessoas (ACS's) vão fazer - se as pessoas vão pra bisbilhotar a casa delas, que tá ali porque tá suja, não sabe se elas vão pra fazer perguntas sobre relacionamento entre marido e mulher - a intimidade do casal - pra ver se elas são pobres ou são ricas - então elas têm medo. (Fam.VC em 20/09/2002).

**Quadro 10:** Termos incluídos no domínio: **desafios da equipe PSF**; termos cobertos: **dificuldades estruturais** do sistema de saúde.

*Dificuldades estruturais do sistema de saúde:*

termos incluídos:

número insuficiente de equipes de saúde;  
necessidade de atendimento da demanda do CS;  
falta de tempo da equipe para o atendimento domiciliar das famílias;  
falta de tempo da equipe para assessorar o trabalho dos ACS junto às famílias;  
falta de preparo e acompanhamento da equipe para trabalhar com as famílias na intimidade do domicílio, falta de discussão conceitual sobre família, domicílio, intimidade;  
ineficácia do sistema de referência e contra-referência para resolução de determinados problemas identificados no domicílio, falta de perspectivas assistenciais, quebra do vínculo, das relações de confiança;  
condições desfavoráveis de trabalho da equipe, insatisfação no trabalho, insatisfação salarial, remanejamentos frequentes;  
ações isoladas dos membros da equipe e ACS junto às famílias nos domicílios, duplicação do trabalho assistencial da equipe junto às famílias, processo assistencial sem continuidade, indefinição de papéis e de objetivos assistenciais.

## – Capítulo 7 –

### O ENCONTRO ASSISTENCIAL

Neste capítulo descreverei a dinâmica interativa que perpassa o encontro assistencial propriamente dito. Ancorada nas idéias de Da Matta, abordarei esse tema na perspectiva de um processo de aproximação entre a família e a equipe PSF, constituído por movimentos de familiaridade e estranhamento. Trarei os elementos que se revelaram significativos para esse encontro, incluindo a casa como um espaço físico e simbólico, cuja organização espacial e funcional mantém uma relação com os níveis de intimidade que são compartilhados entre as pessoas que ali convivem. Na esfera das relações assistenciais que ali ocorrem, orientada pelo pensamento de Goffman, situarei o cenário assistencial em planos interativos que se movimentam entre a *fachada* e a *zona dos bastidores*, como um espaço de aparências na esfera do oculto. Neste plano apresentarei a situação social, tendo a família como *anfitriã* e a equipe PSF como uma *visita*. A partir desses elementos, contando com a contribuição de Goffman, buscarei decodificar os aspectos interativos que definem uma situação assistencial como um efetivo encontro entre equipe PSF e família, enquanto sujeitos e agentes constituintes de um processo de cuidados para uma melhor saúde familiar. Nessa parte incluem-se aspectos como: negociações e acordos no processo de cuidados à saúde, a importância da construção de vínculos necessários e resolutivos e as relações entre saber e poder.

O momento em que a equipe PSF entra em contato direto com a família no domicílio em uma relação face-a-face, implementando estratégias que visam uma finalidade assistencial, é caracterizado, neste estudo, como o encontro assistencial.

Esse evento tem uma conotação profissional, tanto quanto aqueles outros que ocorrem entre um profissional de saúde e a família ou indivíduo no ambiente das instituições. No entanto o que diferencia, sobremaneira, esse evento destes outros é justamente o espaço social onde ele se dá – que é a casa, a morada, o abrigo da intimidade familiar. Este, que é um espaço social diferenciado, pois como diz Da Matta (1997), não é delimitado apenas geograficamente; ele abriga um universo de significados que se opõe ao domínio da rua, em uma relação dinâmica e relativa. Esse autor acredita que não se pode transformar a casa na rua, ou vice-versa, de uma maneira impune porque há regras para isso. O encontro entre alguém que representa a casa e que, privilegiadamente, dentro do seu próprio domínio se encontra com quem representa a rua – o universo social e público – abarca o encontro simbólico entre esses dois domínios e, necessariamente, a complexa passagem física e social daquele que é da rua para dentro do domínio da casa. Da Matta (1990,1997) explica que se trata de um contato, entre dois espaços e temporalidades diferentes e impregnados por códigos específicos e diversos, que engloba dimensões que se opõem e se acoplam, se destacam e se integram, onde se evidenciam as saliências e as inibições dos elementos e, por isso, configura-se e constitui-se em um ritual. O encontro assistencial, nessa perspectiva, faz parte do mundo social e se caracteriza em uma situação em que [...] *seqüências de comportamentos são rompidas, dilatadas ou interrompidas por meio de deslocamentos de gestos, pessoas, ideologias ou objetos* (DAMATTA, 1990, p.113).

Há uma noção de que o ritual refira-se, estritamente, a algo solene; no entanto, Da Matta (1990) esclarece que no campo das formalidades, o caráter informal abriga a espontaneidade (um ritual festivo) e o formal prevê uma divisão interna, com uma estrutura hierarquizante que se manifesta no evento. Um encontro assistencial é, então, uma situação social que, apesar de aparentar certa informalidade, tem um caráter formal uma vez que é construído, controlado e programado pela sociedade. Esse encontro caracteriza-se em um ritual por ser um momento especial de convivência entre a família e a equipe, em que elementos triviais do mundo cotidiano podem ser deslocados e transformados em símbolos.

Para Martins (1999), há uma forte conotação ritual nas interações sociais; para ele, no ato interativo, ritualizado, os significados são produzidos e comunicados através de uma combinação própria de gestos e palavras – o que Da Matta (1990) aponta como *performance*,

uma combinação de tipos de comportamentos organizados através de representações formais de posições e de papéis sociais.

Com o auxílio de Goffman (1985), que utiliza a linguagem teatral para analisar as interações sociais, busco visualizar como ocorre essa *performance* no encontro ritualizado entre a equipe PSF e a família. Para esse autor, o viver das pessoas é constituído por fatos reais e, também – em determinadas situações – por atos ensaiados. Essa representação geralmente ocorre em uma situação interativa em que o indivíduo está diante de observadores que têm algum tipo de influência sobre ele. Nesse caso há uma dimensão, a que Goffman chama de *fachada*, onde ocorre o ato representativo, com a finalidade de *definir uma situação* para aqueles que observam a representação. Essa *fachada* pode ser um cenário físico constituído por espaços físicos e objetos, e também pessoal, construída em torno da *aparência* ou da *maneira*. A *aparência* pode ter a intenção de revelar o *status* social da pessoa; isso ocorre, principalmente, quando esta se encontra em um *estado ritual temporário* em uma situação social formal. A *maneira* está relacionada ao papel interativo que a pessoa espera desempenhar na situação social anunciada. Geralmente é esperada uma compatibilidade confirmadora entre aparência e maneira. Em contraponto, diz Goffman, existe o espaço dos *bastidores* – que corresponde ao território da intimidade –, lugar em que o indivíduo fica mais à vontade podendo dispensar, de um certo modo, as máscaras sociais. Nesse espaço, ele geralmente não é vigiado, observado, e não há uma expectativa pré-determinada sobre o seu desempenho social; no entanto, há situações em que nem mesmo na dimensão dos bastidores essas máscaras são abolidas.

Martins (1999) acredita que nessa encenação há um componente estético, que se relaciona com observância do decoro e atitudes de cortesia<sup>1</sup>; nesse caso, é como se a interação estivesse sendo esculpida por seus participantes. Esse autor interpreta o *decoro* como [...] *uma pauta de condutas que define quais são as formas apropriadas de comportamentos em*

---

<sup>1</sup> Elias (1990, p.28) diz que cortesia indubitavelmente deriva seu nome da corte e da vida cortesã. As cortes dos grandes senhores são teatros em que todos querem fazer sua fortuna. Isto pode ser adquirido conquistando-se o favor do príncipe e dos membros mais importantes de sua corte. O indivíduo, por conseguinte, não poupa esforços para se tornar agradável a eles. Através da cortesia [...] damos ao outro tantas garantias, através de nossa conduta visível, que ele forma uma expectativa favorável de nossa disposição de servi-lo. Isto lhe desperta a confiança, da qual se desenvolve imperceptivelmente uma afeição por nós, com o resultado de que ele se torna ansioso para nos fazer o bem.

*diferentes situações. O decoro nos põe diante de ritos interativos, mesmo onde aparentemente eles não existem* (MARTINS, 1999, p.11-13). Por outro lado, como referem Sampaio e De Rossi (1999), ele pode significar uma atitude de proteção da imagem do indivíduo ante o olhar do *estranho*. Quando Elias (1990) nos apresenta o seu estudo sobre a história dos costumes, ele refere que a introjeção das regras de decoro e “boas maneiras” no convívio com outras pessoas decorre de um certo adestramento social e cultural.

Quando Goffman (1985) fala em palco e cenário, atores e platéia, papéis e rotinas de representação, necessidade, habilidades e estratégias dramatúrgicas, poder-se-ia pensar, levemente, que o mundo não passa de um grande palco é que as relações humanas não extrapolam um ato representativo, um universo de aparências. Goffman não nega que as relações sociais sejam reais e autênticas; o que ele faz é uma análise do processo de comunicação que se instala em determinadas situações sociais, as quais requerem uma coerência expressiva onde se instaura, através da representação, o controle do cenário e também do ato interativo em si, no intuito de manter a definição dessa situação. Assim, a partir da linguagem da máscara e do palco, o autor analisa profundamente a própria estrutura dos encontros sociais:

*[...] a estrutura daquelas entidades da vida social que surgem sempre que as pessoas entram na presença física imediata umas das outras. O fator fundamental nesta estrutura é a manutenção de uma única definição na situação, definição que tem que ser expressa, e esta expressão mantida em face de uma grande quantidade de possíveis rupturas.* (GOFFMANN, 1985, p.233).

## 7.1 A APROXIMAÇÃO DO “ESTRANHO”

A aproximação da equipe desse espaço interior da família já é, por sua natureza, um desafio. Na ritualidade de se fazer anunciar, chegar, obter a permissão ou não de acercar-se do espaço geográfico e interativo, detectar sinais que revelem a abertura ou o retraimento da família à dimensão mais particular da sua vida, a equipe e a família vivenciam o que diversos autores denominam de *estranhamento*. Para Sampaio e De Rossi (1999), é nesse ato de chegar e *ser recebido* que as pessoas *de fora* devem sentir-se bem-vindas à casa, uma vez que se encontram em uma condição *quase invasora* de um espaço rigorosamente delimitado por alguém. Os modos de aproximação são variáveis: com muita ou pouca reserva, com ou sem cerimônia. O fato é que a aproximação de um *estranho* demanda sempre em uma determinada

postura da família; quando a intenção é transmitir-lhe as boas-vindas, gestos e cortesias passam a “quebrar o gelo” desse momento e diminuem a distância – *o estranhamento*. Nesse processo há, portanto, um jogo mútuo de gestos, sinais e atitudes, que têm por finalidade harmonizar a relação. Os autores alertam que mesmo atingindo um certo nível de intimidade, situação em que algumas formalidades passam a ser dispensadas, isso não quer dizer que, automaticamente, se possa compartilhar a dimensão dos segredos da casa, enfim, da família. O autor explica que a passagem daquele que está fora – *o estranho* – para dentro da casa altera rotinas da família, o que demanda em outras normas de conduta que propiciem integrá-lo a esse espaço, amenizando as diferenças.

No processo de aproximação da equipe com a família, a dimensão física e geográfica da casa pode ser compreendida como um palco que abriga um forte jogo simbólico, o qual é reconhecido e interpretado pela equipe, em especial, pelos ACS's, que têm uma convivência diária com as famílias nos encontros domiciliares. O espaço da casa, então, só pode ser concebido e interpretado a partir das redes de relações sociais e dos valores de uma sociedade (DA MATTA, 1997).

### **7. 1.1 A casa – um espaço físico, simbólico e relacional**

O espaço da casa é o *locus* do encontro assistencial, foco privilegiado do olhar deste estudo. É esse território doméstico que abriga a intimidade familiar; assim, não é somente um espaço geográfico repleto de objetos, formas estéticas e uma organização própria, mas também, uma esfera de relações sociais com domínios éticos próprios. Compreendida dessa forma, a casa da família abarca uma grande esfera de significados, e as manifestações simbólicas de abertura ou de fechamento desse “abrigo da intimidade” traduzem-se, por vezes, em portas e janelas abertas, fechadas ou entreabertas, e diálogos que não ultrapassam o portão que liga a casa à rua. Esse dizer simbólico representa geralmente o interesse, a motivação ou a disponibilidade da família em receber a equipe em sua moradia e, por vezes, até em sua vida.

A6 relatou que algumas vezes a Sra. SA percebe que elas (ACS's) estão se aproximando da casa, estando ela nos fundos estendendo a roupa no varal ou dentro de casa, de porta fechada com o rádio ligado em volume baixo, faz de conta que não as percebe, ainda que a chamem em voz alta, batem na porta ela não se manifesta, não as recebe.



(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/11/2001).

Para compreender o processo de aproximação da equipe do espaço domiciliar da família é preciso retomar a reflexão sobre as relações que se dão entre a casa e a rua, o íntimo e o social. Da Matta (1997, p.16) considera essas dimensões como duas categorias sociológicas, constituídas por entidades morais e esferas de ação social. A casa e a rua podem ser compreendidas, segundo o autor, como um *par estrutural que é constituído e constituinte na própria dinâmica de sua relação*. A casa, como espaço interior, só faz sentido quando em oposição à rua, o lado exterior. Nesse aspecto o espaço da casa pode dilatar-se ou contrair-se, segundo a unidade que se apresenta, como foco de oposição ou contraste. Da mesma forma como as relações pessoais de intimidade, do menos íntimo para o mais íntimo, a casa também abriga espaços físicos mais íntimos em relação a outros espaços domésticos. O quarto de dormir, por exemplo, é um ambiente mais íntimo do que a sala de estar ou de jantar; já, em relação à vizinhança, alguém pode se referir à sua casa quando fala sobre o quintal ou jardim, e não, à moradia propriamente dita. Nesse sentido, o portão da casa parece ser um elemento simbólico que estabelece claramente a linha divisória entre a casa e a rua e, em um nível um pouco mais próximo, está a porta da casa. Assim, “abrir a porta da casa” para alguém de fora, para o *estranho*, pode ser interpretado como uma das primeiras manifestações de abertura desse espaço interior. Ser recebido no portão, pode traduzir, de uma certa forma, um menor grau de receptividade ou de abertura, do que ser recebido na porta da casa. O diálogo no portão traduz pouca interação entre os códigos da casa e da rua, ou seja, a equipe é levada a permanecer no seu domínio – *de fora* – e a família, do lado *de dentro*, parece resguardar-se da presença do *estranho*.

[...] entramos na área de A3; ela me falou sobre uma família que visitaríamos, a família C, e que a jovem C era gestante, morava com a sua família e que ali ela (A3) **sempre era recebida no portão**, que a mãe de C, Sra. B., **não lhe dava atenção**. (Após a nossa visita, em que fomos recebidos pela família na sala de jantar e fomos convidadas a tomar café com eles)... No caminho A3 me informou que esta foi a primeira vez que **ela entrou nesta casa**, pois das outras vezes, como já mencionara **anteriormente, era recebida do lado de fora**. A6 que também conhecia a família também ficou surpresa com o ocorrido nesta tarde.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/09/2001).

Sampaio e De Rossi (1999) referem que o *estranho* encontra-se entre a condição de desconhecido e de íntimo; é aquele que precisa dar-se a conhecer pelo outro. Da Matta (1997) nos diz que, enquanto rito, a condição de passagem do *estranho* para o *conhecido* ou *íntimo*

coloca em contato dois universos diferentes e, também, temporalidades diversas: o tempo da casa e o movimento da rua. Trata-se de um encontro entre os códigos sociais da casa com aqueles que são da rua; diferenciados por um lado, e complementares por outro. O primeiro, fundado nas relações familiares, nas pessoas, na solidariedade e no afeto, e o segundo, constituído por leis universais, pela burocracia e pelo formalismo jurídico-legal (Da Matta, 1997). Nesse encontro ocorrem movimentos, articulações e relações significantes, tanto para a família como também para a equipe.

Os sinais que a família emite na esfera simbólica do domicílio, durante o momento inicial de aproximação, devem ser compreendidos e decodificados pela equipe, a fim de compreender os significados da sua presença e atuação naquele momento e contexto. Esse é um momento extremamente sensível e crítico na determinação da qualidade das relações que serão estabelecidas com a família daí em diante. A primeira impressão é fundamental, como dizem Sampaio e De Rossi (1999, p.42): [...] *são elas que dão o teor da interação entre os desconhecidos*. A aparência pessoal e o comportamento do *estranho* informam algo a respeito do desconhecido, fato importante e significativo na definição de uma situação, pois, em contato com o desconhecido, as ações são fundamentadas essencialmente nas inferências. Essa impressão inicial torna possível, portanto, inferir algo sobre o *estranho* que se aproxima; nesse caso atitudes precipitadas, insistentes ou arrojadas por parte da equipe podem ter conotações invasivas para a família, reforçando, ainda mais, o seu retraimento ou fechamento completo das fronteiras do domicílio, o que poderia inviabilizar esse tipo de assistência. Goffman (1985, p.21) esclarece que: [...] *a definição inicial da situação projetada por um indivíduo tende a fornecer um plano para a atividade cooperativa que se segue*. Há que ser lembrado, conforme Da Matta (1990), que uma forte característica do domínio da casa é o controle das relações sociais, e esse controle é especialmente acentuado por parte da família ante a presença da desconhecida equipe ou, quando for o caso, dos seus incertos objetivos e papéis. Assim, um confronto inicial entre os códigos sociais, da casa e da rua, pode dificultar e, até, bloquear as relações assistenciais.

Eu não sei porque tem gente que eu nem conheço, é casa de praia, de veraneio; **depende da maneira como se aborda no portão, como se chama...** eu não sei porque eu nunca fui fazer visita com os agentes; eu tenho assim: eu sou muito participante, **eu cativo muito fácil as pessoas, sou comunicativa, eu acho que isso influi muito!** Eu estou sempre com **simplicidade na roupa**, porque se eu for lá toda

... toda emperequetadinha, toda direitinha, eu já sei que a minha comunidade vai me tratar mal, vão mesmo. (P4 em 26/04/2002).

Nos dirigimos à casa da família VV, que eu já conhecia. Lá chegando, encontramos a filha S. com seu filho A1 na porta de sua casa, e de lá mesmo conversou com A3, que **se sentou na calçada, defronte a casa, para registrar os dados** referentes aos filhos de S. A3 ia fazendo suas anotações e conversando com S. que, mesmo **vendo que A3 se esforçava para fazer o registro sentada na calçada, não a convidou a entrar em sua casa**. A3 não demonstrou nenhum constrangimento com o fato. Logo em seguida apareceu Sra.VV, com a sua neta J, na porta de sua casa, que fica ao lado da casa de sua filha S. Nos cumprimentamos, e enquanto A3 conversava com S. sobre as crianças, Sra.VV. puxou assunto comigo **na porta de sua casa**. A Sra. VV **também não convidou-me a entrar; postou-se de pé, à porta, com o braço direito estendido e apoiado no batente, parecendo desejar impedir, até fisicamente, qualquer intenção minha de entrar em sua casa**, ainda que eu não houvesse manifestado essa intenção. J., neta da Sra.VV, estava de pé embaixo do braço estendido da avó. Ali ficamos por uns 10 minutos conversando sobre a saúde dela (VV) e de seu marido.

Sra.VV informou-me que em **nossa próxima visita nos convidaria a entrar em sua casa** por estar precisando terminar de construí-la e instalá-la.  
(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/12/2001).

Ser recebido do *lado de fora* traduz, para a equipe, um grande desinteresse da família pela sua presença e pelo seu trabalho. Esse jogo simbólico é claramente compreendido pela maioria dos membros da equipe PSF, e especialmente pelos ACS's. Para estes últimos, permanecer no portão ou ultrapassá-lo é o termômetro que indica o nível de interação com a família, a aceitação da sua presença e do seu trabalho. Mais precisamente, os movimentos de distanciamento e aproximação da própria família com relação ao interior da sua casa, e a maneira como ela insere a equipe nessa relação, são interpretados por esta última como o indício de uma possibilidade de aproximação, ou seu contrário. Isso quer dizer que se manter fechada dentro de casa e ignorar a presença da equipe no portão indica uma grande resistência à presença do outro; deslocar-se da casa e ir até o portão falar com a equipe e travar um diálogo ali mesmo representa uma pequena possibilidade de abertura necessitando, ainda, de maior convivência para diminuir a distância ou o *estranhamento*. Receber a equipe na porta da casa parece traduzir uma relação *quase íntima*, ou *quase estranha*, um estado intermediário em que se necessita, ainda, algumas confirmações. À medida que o nível de *estranhamento* diminui, a equipe avança, progressivamente, em direção ao interior do domicílio; quando ela é convidada a entrar na casa, a sentar-se e compartilhar o ato de “tomar café”, quer dizer que já se estabeleceu uma abertura razoável da família ante a sua presença e, também, ao trabalho

em si. A equipe acredita que isso ocorre quando a família passa a ter, em relação a ela, mais informações e um sentimento de confiança.

A5 refere que a grande maioria das famílias “tem convênio”, que dizem **não precisar do seu trabalho**, a não ser para o controle da vacinação das crianças. A5 diz que das famílias “que têm convênio”, algumas a recebem muito bem, **outras conversam com ela no portão, mostrando-se absolutamente desinteressadas pelo seu trabalho**.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 21/09/2001).

A1 falou que atualmente ela é **recebida pela família no lado de fora da casa, próximo ao portão**. Quando necessita falar com a Sra. I **ela vem para fora da casa e, o seu filho, Sr. J, e a nora, Sra. MI, ficam dentro de casa e não aparecem**. A1 relata ser um **trabalho bastante difícil** com esta família, pois as orientações que o filho e a nora necessitam para cuidar da Sra. I **não podem ser dadas pelo fato destes manterem esta distância da equipe PSF**. A1 disse que fez muitas tentativas para aproximar-se da família e, no entanto, não tem obtido sucesso. (Trecho do diário de campo: observação realizada em 05/11/2001).

A6 contou que, no início, ela teve **mais resistência** por parte de determinadas famílias com relação ao seu trabalho, pois **era atendida no portão, não passando daí**; no entanto, com o passar do tempo, ela **foi tentando diversas aproximações** com estas, procurando **achar sempre um motivo** para visitá-las. Como esta família era cliente do CS, ela fazia questão de levar o resultado de exames, pessoalmente, ao seu domicílio, como **uma oportunidade de aproximar-se** desta. Assim, foi **conquistando a sua confiança** e, hoje em dia, ela é **convidada a entrar, e até a tomar café**. (Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/09/2001).

O território intermediário entre o portão e a porta da casa – que é o quintal ou jardim – é, muitas vezes, vigiado e resguardado por cães que, além de proteger o espaço mais interno do domicílio, anunciam a presença do *estranho* nos limites desse espaço. Deixar um cão feroz solto em volta da casa, ou seja, quando a família não manifesta a intenção de prendê-lo ante a presença da equipe no portão parece estar sinalizando, de modo muito enfático, o desejo de mantê-la distante de um contato mais interior ou próximo. Ser recebida somente por um cão feroz é, para a equipe, uma das manifestações mais confrontantes nesse ato ritual de aproximação das famílias, pois parece comunicar que o espaço que lhe cabe fica, ainda, *aquém do portão*.

Quando nos aproximamos da casa, A1 mostrou a casa vizinha em que reside o outro filho da Sra. I e nos dirigimos, então, à casa do Sr. J. A1 alertou que sempre é **recebida por um cão feroz**, que geralmente **está solto no quintal**, que é necessário **aproximar-se com cautela até do portão**. No portão A1 chamou a Sra. I pelo nome em voz alta e o cão começou a latir e logo percebemos que estava preso a uma corrente na parte dos fundos do quintal. **Permanecemos no lado de fora, distantes até do portão** e em seguida o Sr. J. apareceu e se dirigiu até nós. (Trecho do diário de campo: observação realizada em 05/11/2001).

Todo esse movimento de aproximação física e relacional passa por um processo de conquista; a equipe percebe que a abertura do domicílio e, também, do diálogo com a família, tem uma relação direta com o grau de convivência, de conhecimento pessoal e profissional. Esse ritual de aproximação é reconhecido, com muita propriedade, principalmente pelos ACS's. Os movimentos de abertura ou de restrições da família são percebidos e avaliados pelos ACS's e utilizados, por vezes, para guiar as suas próprias atitudes no seu trabalho junto às famílias. As mensagens comunicadas através do próprio espaço físico, em sinais de abertura ou de fechamento, são decodificadas pela equipe ante a sua aproximação do ambiente familiar, e servem de parâmetro para a adequação das estratégias de abordagem da família.

É; “ah - aquela pessoa está com dificuldade, mas **não abre a porta da casa pra ninguém; então vamos pensar numa estratégia para conseguir entrar dentro da casa da pessoa, né? Tu vais ter que usar a tua criatividade; não, vamos lá; então eu levo o aparelhinho de pressão, levo aparelhinho de glicemia, vamos catar, ver o que é que tem; eu bato na tua porta : “tá tudo bem?” – “Ah, tá tudo bem” – ela da janela já te diz que tá tudo bem; aí ela pergunta : “por que?” - “Não, porque a gente está fazendo uma visita e eu resolvi passar aqui, é tão legal... não queres verificar a pressão? Vamos verificar eu estou com o aparelho aqui”!** Aí o que é que vai acontecer: **é muito raro alguém te dizer “não”, porque estão vendo a tua boa vontade.** (P4 em 26/04/2002).

A casa é, assim, compreendida como um lugar que, além de abrigar iguais, segue uma ordem normativa própria, que é familiar; ali há alianças de sangue, idade, sexo, vínculos de simpatia ou afeto e hospitalidade. A rua tem uma conotação complexa; pode traduzir tudo aquilo que é ligado ao mundo urbano, público, social mais amplo. A confirmação dessa dicotomia se torna evidente quando se constata o conjunto de papéis sociais, objeto e ações que são próprios de um e do outro domínio. Isso, dito em outras palavras, significa que os sistemas sociais têm domínios diferentes e pressupõem uma certa ordenação lógica entre eles. Os domínios da casa e da rua tanto podem organizar-se sob a forma de uma oposição binária, como também num *continnum* - em uma escala de graduações (DA MATTA, 1997, 1990). O encontro desses dois universos é, assim, algo muito complexo, que exige uma aproximação cuidadosa; é impregnado por uma linguagem simbólica que comunica essa complexidade. Por isso, requer relações sensíveis, atentas e competentes, principalmente por parte daquele que ocupa o lugar de *estranho* ou *de fora* e pretende ingressar em um território particular, resguardado e controlado. É um sítio em que se evidenciam as relações de poder, onde as

resistências são manifestadas, por vezes francamente e, em outras, de uma forma velada, mas estão ali, sempre presentes, sinalizando as permissões, as proibições, a legitimidade ou a ilegitimidade das intenções e das atitudes. A casa é, portanto, esse complexo espaço relacional onde imperam os símbolos, as emoções, as vontades e poderes; é organizada espacialmente a partir das relações que se estabelecem entre os que a habitam e a visitam e, também, em relação à função que cada um dos espaços comporta.

Os lugares da casa são demarcados pela família segundo o grau de intimidade que resguardam; nesse sentido, há uma graduação entre os lugares mais e menos íntimos. Os cômodos também agregam funções sociais específicas; assim, há determinadas coisas que só podem ser feitas ou discutidas em lugares específicos da casa, o que significa que existem regras de conduta para determinados espaços domésticos. Conhecer esses diferentes significados e respeitar as restrições que daí decorrem é um ponto extremamente importante quando a equipe movimenta-se por entre os espaços do domicílio familiar. Como referem Santos e Aguieros (1999), existe uma maior flexibilização moral na casa e, em especial, em determinados aposentos. Há diferenças nas concepções sobre os códigos de maior ou menor intimidade dos lugares da casa entre diferentes gerações, como foi abordado em capítulo anterior. Esses códigos precisam ser decifrados pela equipe PSF quando ela ingressa no domínio da casa.

Constatei que a maioria das famílias determina a cozinha ou a sala de jantar como os lugares próprios para o seu encontro com a equipe; o acesso da equipe ao quarto de dormir é uma prerrogativa quando o familiar doente está impossibilitado de locomover-se até à cozinha, ou quando se trata de visitar uma criança recém-nascida e a puérpera que permanecem recolhidas nesse local. Ainda assim, esse acesso é restrito a determinadas pessoas da equipe que são conduzidas, pela família, até esse recinto. Nesse ambiente mais íntimo, na linguagem de Goffman (1985), região dos bastidores da representação social onde são tratados assuntos de maior intimidade. No quarto<sup>2</sup>, por exemplo, são abordados assuntos

---

<sup>2</sup> Elias (1994, p.164), a partir da noção do processo civilizatório, contextualiza os comportamentos sociais com os espaços domésticos e refere: *O quarto de dormir tornou-se uma das áreas mais "privadas" e "íntimas" da vida humana. Tal como a maior parte das demais funções corporais, o sono foi sendo transferido para o fundo da vida social. A família nuclear continua a ser o único enclave legítimo, socialmente sancionado para esta e muitas outras funções humanas. Suas paredes visíveis e invisíveis vedam os aspectos mais "privados" e "íntimos", irrepreensivelmente "animais" da existência humana, à vista de outras pessoas.*

que dizem respeito ao processo reprodutivo, em especial o evento do nascimento, instância em que há um agrupamento preferencial entre mulheres; esta é uma situação, caracteristicamente, particularizada pela família, com uma forte conotação confidencial.

A2 informou-me que iríamos visitar uma mulher que, provavelmente, havia tido o seu bebê esta semana, a Sra D. Subimos por uma espécie de servidão, cercada por uma mata densa, grandes árvores nativas, muitos arbustos e com uma vista belíssima para a Lagoa local. Chegando à casa da família D, A2, **do portão chamou a Sra. pelo nome** e ela prontamente apareceu, e A2 perguntou se ela já havia tido o bebê e ela confirmou. **Convidou-nos a entrar pela porta da cozinha** (entrada principal da casa) e lá nós cumprimentamos a todos e eu fiz a minha tradicional apresentação e também falei sobre o meu trabalho. Enquanto a Sra D. trouxe a documentação da pequena filha V (RN) para que **A2, sentado em um sofá que fica próximo à entrada da casa (na cozinha)**, anotasse os seus dados de nascimento. Perguntei onde estava a pequena V e **ela convidou-me a entrar no quarto do casal e conhecer a filha** que dormia sobre a cama (de casal). Enquanto isso Sr. O (marido da Sra D. e pai da criança) ocupava-se de tarefas na cozinha lavando e guardando a louça, onde A2 permaneceu realizando os registros. No **quarto**, onde nos encontrávamos (Sra D e eu), ela amamentou a filha, que sugava ativamente e parecia muito tranqüila. Enquanto isso **ela passou a falar-me sobre a experiência do nascimento da sua filha** (parecia haver me levado até lá, um ambiente mais resguardado dos ouvidos masculinos, para conversar sobre algo que tinha uma conotação de “assunto para mulheres”); me contou que o seu parto foi de cócoras, que o seu marido pode assisti-lo e que foi muito sofrido (demorado). Falou-me que tem outros 2 filhos (meninos), T. com 9 a., e M. com 6 a., e que não planejava ter mais filhos; quando engravidou desta vez ficou muito preocupada, por isso **planeja fazer a ligação tubária** tão logo for possível. Conversamos sobre a pequena V. (nascida com baixo peso) e ela relatou que está tudo muito bem com a criança. **Voltamos para a cozinha** e A2 ainda fazia anotações sobre a menina RN, lembrando a Sra. D que havia uma consulta agendada para ela e para criança, no CS amanhã. Sr. O **continuava a se ocupar da arrumação da cozinha** e depois passou a preencher uns papéis e eu lhe perguntei **como havia sido a experiência de acompanhar o parto de sua esposa**, se havia tido esta experiência anteriormente... **ele disse que foi bastante positiva**, importante, mas **não deu muita atenção ao assunto**; Sra. D. fazia questão de dizer que foi muito importante a presença do marido, elogiou muito a instituição X que estimula a presença do pai na sala de partos. **Percebi claramente que Sr. O não quis participar da nossa conversa, parecia sentir-se deslocado em estar participando deste tipo de assunto.** (Trecho do diário de campo: observação realizada em 20/09/2001).

Às vezes **eu entro porta afora**, vou entrando, coisa e tal, já vou conversando na cozinha; **geralmente é sempre na cozinha**, assim, né? Mas **quando a pessoa está doente, eu entro quarto afora.** (A3 em 02/05/2002).

De acordo com os objetivos assistenciais, a hierarquia profissional e o nível de familiaridade com o contexto domiciliar, os membros da equipe acessam determinados espaços e assumem posições diferenciadas no recinto, com maior ou menor proximidade em relação aos espaços mais interiores e resguardados. O encontro assistencial com os ACS's geralmente ocorre na cozinha, salvo situações especiais, como foi referido acima. Esses

espaços da casa freqüentados pela equipe são, como dizem Santos e Aguieiros (1999), espaços públicos de representação dentro do ambiente domiciliar, porque ali se exerce a sociabilidade.

[...] chegando ao domicílio da família V., entramos, **menos a aux. administrativa que não faz parte da equipe** (sua presença no domicílio poderia ser considerada ilegítima pela família - naquela situação assistencial - ainda que esta seja, socialmente, conhecida e próxima destas pessoas). **Ela permaneceu do lado de fora do portão**, encostada no muro. Atravessamos um pequeno terreno, com algumas flores plantadas de maneira bem dispersa, entulhos espalhados pelo terreno e um varal com roupas penduradas. **Chegamos à porta da cozinha**, que estava entreaberta (parecia ser a única e principal entrada da casa). P4 chamou a Sra.V. pelo nome, **em voz alta, anunciando que havíamos chegado**. Imediatamente apareceu o seu filho (que cuida da Sra.V. juntamente com a sua esposa, que não se encontrava na casa neste momento) e **convidou-nos a entrar**. Permaneci uns segundos **na cozinha**, juntamente com P1 e com o A2; este último **permanecia na entrada, junto à porta** (parecendo não estar incorporado ou integrar-se, propriamente, ao encontro e à situação assistencial), enquanto P4 (que era conhecida da família e a pessoa responsável pela execução do cuidado) ia **entrando pela casa rumo ao quarto** da Sra. V, **muito à vontade**, chamando-me para acompanhá-la. Pedi licença ao filho da Sra. V, que se encontrava na cozinha e segui P4. Chegando ao quarto P4 falou para a Sra. V (que sofria de cegueira) que eu estava ali também. Logo procurei apresentar-me e dizer o que eu estava fazendo ali, pedindo-lhe autorização para acompanhar o trabalho da equipe em seu domicílio. Ela mostrou-se receptiva à minha presença e então, segurando as suas mãos **conduzimos a Sra. até à cozinha para a realização de curativo**. Lá chegando, P1 **estava sentada à mesa** e o filho da Sra. V, **de pé no canto da cozinha**; A2 **continuava parado na entrada, junto à porta**. **Sentamos a Sra. V. à mesa** defronte P1 que conversou com ela sobre como havia passado nos últimos dias. Depois P1, A2, o filho da Sra. V e eu **permanecemos na cozinha**, enquanto P4 realizava o curativo. Ao término do cuidado P4 perguntou à Sra V se ela gostaria de ficar ali na cozinha ou voltar para o quarto, estimulando-a a permanecer sentada ali por mais algum tempo. Sra. V diz preferir voltar para seu quarto e deitar-se, pois não tem sentido ficar ali na cozinha, uma vez que não enxerga nada, e pergunta o que ficaria, então, fazendo ali sentada. **O filho prontificou-se, imediatamente, a conduzir a mãe até o quarto**. Despedimo-nos da família e deixamos o domicílio.  
(Trecho do diário de campo: observação realizada em 06/09/2001).

A cozinha<sup>3</sup> parece haver sido eleita, pelas famílias, como o espaço destinado para o encontro assistencial com a equipe. O acesso da equipe à cozinha parece ser “natural” e

<sup>3</sup> Santos e Aguieiros (1999) situam as funções e os significados da cozinha no contexto histórico e referem que ela esteve, por um longo espaço de tempo, condenada a ser considerada um local de rejeição juntamente com o banheiro, considerados repugnantes por seus fortes odores e funções. Posteriormente (no início do século XIX), quando passou a ser o alvo do olho higienista, foi concebida como o *refúgio das moscas*. Atualmente, nas classes mais altas, a cozinha continua sendo o espaço exclusivo de trabalho, onde circulam os empregados e, por isso, abriga a entrada de serviço da moradia. Nas classes populares a cozinha é um espaço multifuncional, por vezes, mesclando-se com sala-quarto. Ela foi promovida a um status socialmente mais elevado, nas casas de famílias de classe média, onde passou a ser um espaço de sociabilidade, além de cumprir o seu papel original de abrigar o preparo dos alimentos e ser o lugar em que a família se reúne para as refeições.



imediatos, traduzindo claramente um acordo simbólico entre os códigos da casa e da rua. Esse espaço parece caracterizar-se como um lugar intermediário entre a casa e a rua, delimitando-se, geralmente, com o quintal ou com o portão que ainda ficam ao alcance do olhar público - da rua - que pode até estender-se para dentro da cozinha. De outro lado, esse lugar da casa já se situa no domínio da interioridade, todavia, parecendo ser o lugar mais público da casa, onde a família corre menor risco de expor a sua vida íntima aos olhos de quem vem *de fora*. Para Santos e Aguieros (1999), são recebidas na cozinha aquelas pessoas que têm um relacionamento liminar, entre íntimo e formal, com a família; isso significa que a pessoa de fora foi incorporada, ainda de forma limitada, ao ambiente familiar. Como constataram Sampaio e De Rossi (1999) ao estudarem as relações de estranhos na vida cotidiana, aquelas pessoas (*de fora*) que têm acesso à cozinha não são próximas o suficiente para frequentar o quarto da família.

[...] o primeiro domicílio foi o da família L. A3 abriu o portão e entrou, muito à vontade e sorridente, através de um extenso terreno que fica defronte à casa. Ao aproximar-se da casa já foi chamando em voz bem alta “seu L onde está o senhor? Trouxe visita para o senhor.” Senhor L estava na casa dos fundos (de seu filho, que não se encontrava em casa; estava somente a nora) e prontamente apareceu na porta da cozinha cumprimentando-nos com visível ar de satisfação pela nossa presença. Convidou-nos a ir até a sua casa, no mesmo terreno, na parte da frente, mas muito próximo da casa do filho (filho único do Sr. L, que é viúvo, pois a sua esposa faleceu recentemente por complicação de diabetes; mora com a sobrinha, que não se encontrava em casa no momento). Entramos pela porta da cozinha, que parece ser a entrada principal (de maior uso pela família); sentamos em torno da mesa da cozinha (onde permanecemos todo o tempo). A cozinha, acoplada com sala de jantar, parece ser a peça mais importante para a família, quero dizer, a mais utilizada tanto para o preparo dos alimentos quanto para realizar as refeições, e também para abrigar o lado social da família (local da conversa em torno da mesa). Observei que defronte à mesa de jantar há uma estante com inúmeros objetos representando simbolicamente as crenças, os valores e retratando a própria história da família.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 18/09/2001).

Eu sou assim: eu chego na casa, geralmente eu já tenho intimidade porque já conheço bastante, dizem: “**queres ir pra cozinha**”? Eu vejo aquela área com aquele ventinho gostoso e “ah, eu vou ficar nessa área gostosa”, então eu já fico ali; mas eu acho que o pessoal, aqui, **todo mundo atende na cozinha**! Antigamente se fazia sala, a visita ia pra sala, pro sofá; hoje em dia não tem mais isso. É interessante isso, pode ser que é porque é um lugar que já tem a mesa, já serve o cafezinho, eu não sei por que isso! Lá em casa também é na cozinha! O pessoal está construindo, já faz a cozinha grande porque todo mundo vem para a cozinha! O pessoal aqui fala... todo mundo fica na cozinha. (A5 em 29/04/2002).

**Quadro 11:** Termos incluídos no domínio: **espaço da intimidade**; termos cobertos: **cozinha** - “locus” privilegiado do encontro assistencial.

*Cozinha - locus privilegiado do encontro assistencial:*

termos incluídos:

cozinha - principal entrada da casa;

cozinha - entrada social da casa;

pessoa enferma é buscada no seu quarto pela profissional que é mais próxima (amiga) da família e trazida para a cozinha;

pessoa enferma, ainda que com dificuldades, desloca-se de seu quarto para receber a equipe na cozinha;

cozinha - local de cuidados técnicos, onde permanece o material de curativos e onde são realizados os procedimentos profissionais;

a cozinha é um espaço social da casa, local em que a família recebe os parentes para conversar (inclusive durante o procedimento profissional);

cozinha ou sala de jantar é o local imediatamente acessível à equipe, após o convite da família para entrar; acesso ao quarto ou outros cômodos requer um convite à parte;

local de trabalho da família, sem requintes de instalação e decoração (que definem o status financeiro/social) pode ser mais exposto sem incorrer no constrangimento social;

cozinha retrata o dia-a-dia das famílias;

a família mantém-se na cozinha, ocupada de seus afazeres e simultaneamente, atendendo a equipe PSF;

uma atividade profissional deve ocorrer no local de trabalho da família e não nos espaços da casa reservados a reuniões sociais;

a cozinha pode ser um local facilmente preparado (arrumado), pela família para ser exposto, socialmente, ante a presença da equipe PSF.

### 7.1.2 A anunciação da aproximação

Uma aproximação súbita, repentina e inesperada do *estranho* ao domínio da casa pode alterar, sobremaneira, a rotina familiar. Isso pode abreviar, inadequadamente, o processo de passagem do *estranho* da rua para a casa, confrontando, subitamente, os códigos desses dois universos. Nesse caso, a família perde, de uma certa forma, o controle das relações sociais, podendo haver o que Goffman (1985) denomina de *quebra da definição da situação* na interação social. Na perspectiva desse autor, quando isso ocorre a família não tem a possibilidade de mobilizar os equipamentos expressivos padronizados, intencional ou inconscientemente, empregados no ato da representação – *a fachada* – expondo então, ilegitimamente, a intimidade contida nos *bastidores* ao olhar público daquele que, inesperadamente, vem *da rua*.

[...] lá chegando, em torno de 10:00h, entramos pela parte dos fundos da casa e P2 chamou por SU, em voz alta e ninguém apareceu. Esperamos um pouco e P2 bateu em uma das portas e também não houve respostas. P2 percebeu que estava batendo na porta errada e dirigiu-se até a outra entrada logo adiante, eu a segui e

constatamos que o marido de SU estava na cozinha, um pouco surpreso com a nossa presença. Cumprimentou-nos e perguntou: “você não iam ligar antes”? P2 respondeu: “eu liguei, mas não deu ligação”. Um pouco constrangido (parecia haver acordado naquele instante), movimentava-se meio agitado de um lado para outro, depois se dirigiu para o quarto do casal onde se encontrava SU com o bebê. Ficamos esperando na cozinha e ninguém se manifestava, quando P2 tomou a iniciativa de perguntar: “a gente pode ir aí”? SU respondeu do quarto que sim e P2 falou-me em voz alta: “ela já deixou, podemos ir”, parecendo querer confirmar, com ela, a permissão de nossa entrada neste recinto. Quando chegamos no quarto SU estava sentada próxima a uma das cabeceiras da cama (lado oposto em que se encontrava no dia anterior) amamentando a criança ao peito, apoiada sobre um travesseiro, em seu colo, exatamente como P2 orientara no dia anterior; a criança mamava ativamente no peito de SU. O quarto estava na penumbra e o marido saiu do quarto. O modo como o quarto se encontrava denotava, claramente, que o casal havia acordado no momento da nossa chegada e que não houve tempo para “arrumá-lo” antes do encontro. Este ambiente mais íntimo, poderia estar expondo objetos e uma organização estética não apresentável a quem vem de fora. (Trecho do diário de campo: observação realizada em 05/12/2001).

Um aspecto que chamou a minha atenção foi o desconforto do marido de SU ao chegarmos em sua casa sem estar nos esperando, ou seja, sem a oficialização da nossa chegada. Chegamos, de certo modo, de surpresa, pois havíamos combinado esta nossa vinda de hoje, durante a nossa visita no dia de ontem, porém, a família seria avisada da hora de nossa chegada pelo telefone; o que não foi possível, por problemas técnicos. Percebi o desconforto da nossa chegada inesperada, foi como se a família não estivesse preparada para receber “gente estranha”, estando, ainda, tudo um pouco desorganizado, desarrumado, à vontade - no cenário de uma família que estava vivendo a sua intimidade de acordar pela manhã. Quero dizer, a família estava muito à vontade, vivenciando a intimidade da sua rotina, não estando “preparada” ainda “esteticamente” para receber gente “de fora”. (Notas da pesquisadora em diário de campo, sobre observação realizada em 05/12/2001).

O agendamento do encontro assistencial com a família é uma estratégia que tem um significado importante na definição social da situação assistencial e determina, diretamente, a qualidade da interação que se estabelece nesse ritual. A equipe não deseja que a sua presença no domicílio interfira na rotina familiar e expressa isso, diretamente, para a família, quando percebe que “não chegou em boa hora”. Essa inadequação é analisada, pela equipe, como uma *invasão da rotina familiar*, não no sentido de uma possível ruptura na interação social, mas na perspectiva de que a família está ocupada com seus afazeres domésticos, não dispondo de tempo para atendê-la ou, então, que possam existir outras prioridades e preocupações familiares que, naquele momento, se antepõem à importância do encontro assistencial.

Às vezes tu dá com a cara na porta porque não tem ninguém, quando tem estão fazendo comida, estão no horário, eles te recebem ali trabalhando; mas eles

sempre estão bem, não dizem: “ah... hoje eu não posso” pra mim. Também eu vou falando: “... podem ficar à vontade, só vai me respondendo, só pega tal coisa, e fique à vontade que você pode continuar fazendo o teu trabalho. Não quero atrapalhar ninguém. E também se não puder me receber agora eu venho outra hora”. (Mas de qualquer maneira a falta de agendamento)... invade, invade! É uma invasão! É comum porque eles já sabem que todo o mês a gente vai lá; às vezes eu gosto de ligar, de telefonar, pra ver se a pessoa está em casa, se pode receber... (A1 em 26/04/2002).

Tem hora que eles atendem bem, tem hora que eles realmente pedem pra vir outro horário; eles pedem; eles estão ocupados: “ai, dá pra passar outra hora, agora vou eu estou de saída, alguma coisa” - isso acontece! A visita do agente de saúde não tem data; eu posso visitar essa criança dia 10 do mês, aí no mês que vem eu não vou no dia 10, vou no dia 15; não tem sempre aquela data certinha para aquela visita, a gente muda, né? Aí a visita... é o que acontece: que às vezes eles estão de saída e eles pedem pra gente voltar noutra hora! Mas quando é uma visita com a doutora, com o pessoal do PSF, aí geralmente é agendada! – “Olha eu vou passar à tarde” - aí eles já esperam aquela semana à tarde. É porque cada um tem um jeito de trabalhar, né? (A5 em 29/04/2002).

Da Matta (1990) esclarece que esse tipo de evento, como o encontro assistencial, que não faz parte do dia-a-dia – ou seja, não é um evento rotineiro – caracteriza-se como *extraordinário* na vida da família, porém é algo *previsto*, uma vez que é construído e controlado pela sociedade. Nesse caso, categorias e grupos sociais podem ter diferentes significados para esse fato *extraordinário* que se insere no cotidiano de suas vidas. A passagem de um estado ordinário (rotineiro) para um *extraordinário* implica em mudanças de comportamentos no âmbito da vida familiar e um re-ordenamento do espaço e do tempo do domicílio, o que faz com que os encontros assistenciais sejam percebidos como um acontecimento fora do comum que ocorre na vida cotidiana da família. Como diz Da Matta (1997, p.50), há [...] *dentro da própria casa uma rigorosa gramática de espaços e, naturalmente, de ações e reações*. Por esse motivo, uma visita inesperada da equipe pode desestruturar o ritmo e a dinâmica da vida diária da família; a anunciação da aproximação do *estranho* é uma condição necessária para a re-organização do espaço e dos comportamentos familiares. A atitude de esperar por essa visita, a partir de um agendamento, significa preparar o contexto domiciliar para um evento incomum, extraordinário; isso implica, muitas vezes, em alterar o espaço das aparências ao olhar de quem vem *de fora*.

**Quadro 12:** Termos incluídos no domínio: **espaço da intimidade**; termos cobertos: **visita inesperada** da equipe PSF.

*Visita inesperada da equipe :*

termos incluídos:

interrupção de uma atividade familiar, alteração das atividades familiares, alterações nas relações familiares;

gera desinteresse pela presença da equipe no domicílio naquele momento;

gera constrangimento por parte da família;

gera ansiedade por parte da família;

gera um ambiente agitado no domicílio;

o inesperado não oportuniza a re-organização necessária do ambiente do domicílio;

a família reivindica da equipe uma confirmação prévia da visita.

### 7.1.3 O espaço das aparências na esfera do oculto

Abrir as portas da casa àquele que vem da rua significa abrir o espaço da vida pessoal ao mundo institucionalizado, normatizado, regado socialmente; por outro lado, para quem vem da rua, o fato de inserir-se num território particular significa passar de um plano impessoal para um domínio extremamente personalizado, particularizado, ligado à ordem do “sagrado” refúgio do lar. A simples presença física de uma pessoa *de fora*, nesse âmbito interior da família, é suficiente para alterar o seu comportamento. Sampaio e De Rossi (1999) referem que comportamentos cerimoniais, baseados em regras de decoro, são comuns nesse tipo de situação. O comportamento *decoroso*, que é velado no cotidiano da vida familiar, vem à tona na situação *extraordinária* que é o encontro assistencial. A chegada de um representante legítimo do poder institucionalizado transforma o domicílio – que é, por excelência, o espaço da obscuridade – em um espaço de aparências. Trata-se de uma situação social em que a família passa a ser observada por um olhar institucionalizado, por vezes, um agente normalizador, e isso pode fazer com que esse espaço assuma a característica de *fachada*.

(Ante a chegada anunciada da equipe PSF) - É porque daí, ao menos, **a gente já se organiza, já deixa um pouquinho mais ajeitado**, né? (referindo-se ao ambiente da casa) - **Um pouquinho, uma ajeitadinha**, sempre a gente ajeita, né? Em casa que tem criança, né? Pega uma coisa joga aqui, pega joga outra [...].

(Fam. SA em 03/05/2002).

Retomando a visão de Arendt (2000), aquilo que é abrigado na obscuridade da

intimidade só passa a fazer parte da realidade no momento em que aparece à luz do universo social mais amplo – do domínio público, em outras palavras, só passa a existir, a constituir-se em realidade no momento em que é visto ou ouvido, quando é percebido.

No processo de representação de *fachada* é preciso arrumar o corpo, tornando-o publicamente apresentável, com vestes<sup>4</sup> e ornamentos, gestos e modos de falar que ajudem a revelar – a trazer a público – que a família detém uma certa posição social ou que ela adota um determinado padrão higiênico. Goffman (1985) explica que esse ato representativo pode ser compreendido como um esforço dos indivíduos para dar a aparência de que mantêm e incorporam determinados padrões quando são observados pela platéia que vem *de fora*.

Entramos no quarto, a Sra.V estava sentada à beira de sua cama procurando, insistentemente, um boné que não conseguia encontrar, para colocá-lo sobre a cabeça. Demonstrava com isso uma grande preocupação com a sua aparência física/estética ante a nossa presença (ela é portadora de Ca na face, olho E., couro cabeludo com lesão em estado avançado; está totalmente cega, mas orientada no tempo e, de certa forma, no seu espaço domiciliar). P4 alcançou-lhe o boné e ela, muito rapidamente, colocou-o sobre a cabeça, dizendo “assim fico melhor para receber vocês.”

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 06/09/2001).

Da Matta (1990) diz que a preocupação com a aparência, com a roupa, traduz uma vontade de vestir uma etiqueta social no corpo, sinalizando uma anulação do anonimato. Para Aguiheiros (1999, p.132), este é um *equipamento de identificação* através do qual se representa teatralmente, para si mesmo e para os outros, aquilo que se imagina ser. Nas palavras do autor: *É neste imaginário que se funda o viver*.

Para Goffman (1985), esse jogo de aparências, na representação de *fachada*, é sustentado pelo mecanismo de controle das impressões do outro (*do estranho*) e se evidencia, claramente, quando um indivíduo deixa a região dos fundos ou dos bastidores – onde se encontra à vontade – e ingressa ou se defronta com o público, onde aparece travestido – aí pode ser apreendido o movimento de vestir-se e despir-se do personagem.

<sup>4</sup> Aguiheiros (1999) refere que a preocupação com a vestimenta é uma inquietação social atual que já teve uma grande importância na Europa Medieval, quando tinha a função de cobrir o corpo, com exceção das mãos e do rosto, como uma maneira de mantê-lo ignorado. Nesse contexto o uso de roupas brancas revelava o asseio e o cuidado com a sua limpeza. A preocupação com a vestimenta intensificou-se no período do Renascimento, frente a uma re-organização da vida na corte e a expansão das cidades. A partir do século XV, o traje, sob a perspectiva da moda, ocupava uma função entre o recato e o exibicionismo do corpo. Em torno do século XVII, a vestimenta passou a ter um papel importante nos campos social e econômico: tinha por função manter e revelar uma hierarquia social, juntamente com normas de etiqueta. No século XIX, o cuidado com o traje ocupou um lugar de destaque entre as mulheres, uma referência simbólica na identificação das classes sociais. O traje, juntamente com o lugar, revela a aparência adequada ou inadequada socialmente.

[...] voltamos à casa da família Q, (que ainda dormia, quando por lá passamos no início da manhã) e, desta vez, encontramos as janelas abertas e o casal de idosos (Sr. Q e sua esposa) tomando café à mesa da cozinha. A porta da cozinha estava fechada. Quando o Sr. Q percebeu a nossa presença proximamente à sua casa, pudemos observar, pela janela que estava aberta, que ele saiu apressadamente da cozinha, interrompendo o seu café e dirigiu-se para o quarto. Constatamos, então, que enquanto tomava café com a sua esposa ele ainda vestia um pijama, e ante a anúncio da nossa presença em sua casa, correu para o quarto para trocar a roupa. Quando A3 e eu percebemos o ocorrido, procuramos retardar um pouco mais a nossa aproximação, a fim de evitar o constrangimento da família. A3 chamou pelo nome do Sr. Q, em voz alta, anunciando a nossa chegada e a sua esposa recebeu-nos à porta da cozinha e convidou-nos a entrar. Esperamos pelo retorno do Sr. Q e quando ele chegou retomou o seu café. Neste momento observamos que ele já vestia um short e uma camiseta e convidou-nos a sentar à mesa para tomar café com eles.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/12/2001).

A região dos bastidores, que acolhe a vida íntima da família, também pode ser protegida pela equipe num ato discreto:

*[...] quando os estranhos percebem que estão prestes a entrar numa tal região, geralmente dão às pessoas ali presentes algum aviso, em forma de uma mensagem, uma batida, ou tosse, de modo que a intrusão possa ser protelada se necessário ou o cenário apressadamente posto em ordem, e as expressões adequadas sejam fixadas no rosto dos presentes.* (GOFFMAN, 1985, p.210).

No ritual do encontro assistencial no domicílio, as interações entre a equipe e a família são pautadas sobre um extenso e complexo código simbólico que busca uma certa definição e continuidade da situação social. Nesse processo há, inevitavelmente, uma pauta normativa de aprovações e desaprovações sobre os cuidados de saúde, já internalizados pela família, que pode desencadear uma representação de *fachada*. Nesse caso, há um estado de vigilância tanto da família quanto da equipe, no intuito de que a interação ocorra com menor ruptura possível. Martins (1999, p.21) esclarece que a definição das condutas próprias ou impróprias para a situação, no entanto, não se dá somente por um sistema de normas ou regras que são evidenciadas pelos atores, mas também no embaraço<sup>5</sup> que estes sentem perante si mesmos, ante aquelas condutas consideradas impróprias, que expressam e exteriorizam a norma

<sup>5</sup> Miagusko e Ferreira (1999) citam Elias (1984) quando referem que entre os séculos XVI e XVII a sociedade ocidental foi submetida a um processo civilizatório que fez aumentar o nível de vergonha e embaraço social, uma vez que os impulsos humanos se tornaram mais controlados e regrados socialmente. Nesse período foram apresentadas novas modalidades de comportamentos (modos de comer, falar, gesticular, olhar, entre outros), sendo mais frequentes as situações interativas embaraçosas por haverem sido conduzidas inapropriadamente. Nessa época, as pessoas passaram a observar mais a si mesmas e também aos outros e também ocorreu maior coação externa de uma pessoa sobre a outra no que se refere às exigências de “bom comportamento”.

interiorizada. Em outras palavras, isto quer dizer que a *vergonha expressa a consciência da introjeção de regras, costumes e hábitos*. O autor define o embaraço como uma:

*[...] manifestação exterior da vergonha. Aquilo que envergonha (e embaraça) é a inobservância da autoridade de uma regra. Inobservância mais do que desobediência, porque esta última decorre do intuito da transgressão e, portanto, da insurgência contra uma definição de conduta que, do ponto de vista do sujeito, deixou de ser legítima. (MARTINS, 1999, p.13).*

Muitas estão com a **casa suja e têm vergonha**; outras pessoas reclamam e tal da saúde, mas na hora de abrir a porta pra uma pessoa poder explicar, dizer o que está acontecendo de errado, no posto de saúde... eu acho assim, depois não pode nem reclamar! Fecham a porta. (Fam. SU em 25/07/2002).

Há um visível jogo de relações de poder em uma situação social pautada numa interação embaraçosa; nesse sentido, como Miagusko e Ferreira (1999), creio que o nível de embaraço ou constrangimento é diretamente proporcional ao poder que a família percebe que é exercido sobre ela pela equipe no decorrer do encontro assistencial. Para Goffman (1985), nesse jogo relacional, as fontes de impressão daquele que observa se originam em múltiplos padrões, que também são, muitas vezes, pautados em linhas discriminatórias; aquele que é observado, por sua vez, procurará manter a impressão de estar à altura daqueles padrões pelos quais está sendo julgado. No entanto, na imprevisibilidade ou na incapacidade de manipular as impressões, quando o cenário dos bastidores é trazido ao mundo das aparências de um modo despido e indisfarçado, surgem o constrangimento e a vergonha.

Geralmente esse pessoal é **aquele mais pobre**, então não sabe nem se explicar direito, né? **Eles têm até vergonha de falar**; além de não querer se abrir, eles ficam envergonhados. (A5 em 29/04/2002).

**Vergonha – porque não sabem falar direito, vergonha porque não sabem responder uma pergunta conforme deve responder, vergonha porque a casa não está bem para impressionar, receber (a equipe).** (Fam. JM em 16/08/2002).

Vergonha, às vezes, **da própria vida que ela leva! Vida pobre, sujeira, falta de higiene**, então ela **tem vergonha que a gente chegue e entre nessa casa dela e veja aquilo – relaxada** – que a gente encontra muito disso aqui. A gente vê que **ela tem medo!** Elas têm um **receio, vergonha, medo**, porque são pessoas que **usam droga**, pessoas que **bebem, são bêbados**, que os **pais judeiam das crianças**, então quando vai alguém que vai bater na porta delas que elas podem se esconder. **Elas se escondem, com medo da gente bisbilhotar o que é que tá acontecendo lá!** O medo da gente ligar pra alguém, **fazer uma queixa, fazer uma denúncia**, então tudo isso aí elas **se prendem dentro do mundinho delas!** É diferente! É aí que elas **se escondem!** Porque ela vai no posto ela conta a realidade dela; aí se a senhora chega na casa dela a senhora encontra outra realidade; chega lá a senhora encontra **sujeira – pega de surpresa.** (Fam. VC em 20/09/2002).



A vergonha é um sentimento que regula as ações de um indivíduo ou de uma família em conformidade com os padrões e códigos normativos e rituais de sua comunidade; pode ser compreendida, então, como um produto social, um instrumento disciplinador. A transgressão de uma norma social pode levar a uma perda da honra, como explicam Miagusko e Ferreira (1999, p.25): [...] *a autoridade da vergonha está no costume social, com seus hábitos, rituais e códigos de comportamento: o olho dos outros é a medida.*

Um olhar minucioso, observador, controlador, classificador, “bisbilhoteiro”, que detecta a transgressão de uma norma e coloca em xeque a moral, pode levar a um forte desequilíbrio entre aquele que vê e o que é visto (SANCHEZ, PARRA e MELLO, 1999).

**A gente nota que as pessoas mais simples, às vezes, têm vergonha de mostrar pra gente o meio de vida deles, então eles querem mostrar pra gente o melhor que eles têm na casa; às vezes quando eu vou tenho que lavar a mão, usar o banheiro, alguns ficam sem jeito, então a gente diz, “... não fica preocupado, a gente não repara nada”, mostrar pra eles que a gente não está ali para ficar observando o que eles têm ou deixam de ter; mas a gente está ali tentando ajudar .**  
(P2 em 16/04/2002).

Este, que é o sítio dos segredos familiares, dos amores, dos temores, do constrangimento, da vergonha e, por isso, repleto de espaços, fronteiras e manifestações simbólicas, onde as redes de poder se manifestam, sutil ou declaradamente, em pequenas e grandes resistências. Neste espaço é resguardado aquilo que é definido por Giddens (1993, p.153-4) como [...] *a revelação de emoções e ações improváveis de serem expostas pelo indivíduo para um olhar público mais amplo* – a intimidade. Um encontro assistencial que tem por *locus* esse território, define, especificamente, os papéis sociais da família e da equipe PSF, cabendo à primeira o papel de quem recebe uma visita e a quem, em última instância, cabe a decisão de abrir ou não o espaço da casa; à segunda é destinado o papel de quem é recebido pelo outro. Isso se dá em oposição ao que ocorre no âmbito da instituição, quando o papel de quem chega, procura, vem visitar, é da família e quem recebe, nesse caso, é a equipe. O universo simbólico desses dois domínios assistenciais é muito diferente e, conseqüentemente, as interações e a comunicação cultural e social também passam a ter características diversas.

**Quadro 13: Termos incluídos no domínio: espaço da intimidade; termos cobertos: preocupação com as aparências.**

*Preocupação com as aparências:*

termos incluídos:

aparência pessoal - ficar melhor para receber a equipe, estar “bem arrumada”, trocar a sua roupa, estar penteada, maquiada, estar bonita;

aparência da moradia - as cadeiras da cozinha foram, rapidamente, arrumadas em torno da mesa e em seguida a equipe foi convidada a entrar e sentar-se;

convidou a equipe a sentar-se e logo foi explicando, preocupada, que acha a sua casa muito feia;

aparência nas atitudes - vergonha por não saber falar direito; vergonha por não saber responder as perguntas conforme deve ser.

#### **7.1.4 A situação social: a família - a anfitriã, e a equipe PSF - a visita**

Na gramática social brasileira, as regras de decoro recomendam um certo comportamento protocolar quando uma família recebe uma visita em sua própria casa, situação em que desempenha o papel de anfitriã. Por outro lado, há também um conjunto de atitudes que são esperadas por parte de quem se encontra no papel de visita, no sentido de demonstrar o respeito pelo espaço do anfitrião. No ritual do encontro assistencial domiciliar há, portanto, um determinado protocolo a ser seguido por ambas as partes; de um lado, com a intenção de “quebrar o gelo”, o desconforto e a distância para com o *estranho* que se aproxima; do outro, demonstrar-se não invasivo, respeitoso, sensível, reservado, ético diante de um domínio particular e resguardado. Como diz Da Matta (1997, p.28): [...] *há regras para o anfitrião, há também normas para a visita*. O ato de “receber bem” é comunicado, por vezes, simbolicamente, através de manifestações expressas no próprio espaço da casa em portas ou janelas abertas ou, então, por meio de gestos de cortesia como: receber a visita no portão, convidá-la a entrar em casa, sentar-se, servir água ou café, colocá-la à vontade. Esse comportamento protocolar, segundo Da Matta (1997), contém as normas de recepção que têm a finalidade de amortecer a passagem entre a rua e a casa e, simultaneamente, transformar a família em anfitriã e o estranho – ou estrangeiro – em visita, passando a ser alvo de gestos de atenção conscientes, ritualizados e muitas vezes, solenes.

Eu vou te falar do meu modo de trabalho: eu chego numa casa, **não vou entrar sem ser convidada**; primeiro eu vou conversar com a pessoa, **espero a pessoa me conduzir**, “... vem cá, senta aqui...” então eu **procuro respeitar aquilo que eles determinam**. Agora, o por quê disso ? **Acho que esse espaço da intimidade é de cada família, de cada pessoa, e a gente tem que respeitar**. (P2 em 16/04/2002).

Esse ritual de aproximação e de abertura deste espaço, que fala muito sobre quem o habita – como referem Sampaio e De Rossi (1997, p.52) – é um campo em que circulam expectativas, tanto por parte de quem recebe como por parte de quem é recebido. Assim, [...] *a visita não deixa de definir uma situação que demanda comportamentos ritualizados, com o intuito de se quebrar as tensões, visto que qualquer desarmonia certamente redundará em desconforto para ambas as partes.* Na perspectiva de Goffman (1985), tanto a família quanto a equipe, enquanto participantes do processo de interação, despedem esforços para conhecer e manter os seus lugares e suas posições na situação social, procurando manter o equilíbrio através das formalidades e também das informalidades.

Em seguida visitamos a família MAX. Quando nos aproximamos, a filha J. da Sra. MAX estava na janela da casa enquanto o seu irmão L e a sua filhinha C brincavam no quintal. A1 perguntou se podíamos entrar e ela concordou. A1 deixou as sandálias na escada, à beira da porta, e eu fiz o mesmo, uma vez que o assoalho da casa era impecavelmente limpo, e todos andavam descalços dentro de casa, deixando os calçados do lado de fora. J retrucou que não era necessário que eu o fizesse, mas me senti melhor respeitando os hábitos da família, e também entrei descalça. J convidou-nos a sentar à mesa da sala de jantar; agradecemos o convite e assim o fizemos, enquanto J foi chamar sua mãe que estava ao telefone. As duas crianças brincavam ao redor da mesa onde nos encontrávamos, ora saindo para o quintal, ora entrando em casa. Poucos minutos depois J voltou e também a sua mãe, a Sra. MAX, e sentaram-se à mesa conosco. Entregaram as cadernetas de saúde das duas crianças para que A1 pudesse fazer as suas anotações. Após fazer todos os registros sobre as crianças, J foi atender ao telefone e A1 perguntou à Sra. MAX como estava a sua saúde (ela é HIV + e seu filho L também nasceu HIV+), mas segundo a Sra. MAX, ... ele já negativou (a Sra. MAX repetiu isto 3 vezes durante toda a nossa conversa) e, em janeiro, ele deverá voltar para consultar no HU para controle e confirmação de que realmente tenha negativado. (...) Falou demoradamente sobre a sua doença, J retornou e conversamos um pouco mais sobre as crianças, da ligação afetiva da neta com a Sra. MAX, “... é como se fosse minha filha” (disse isso segurando no colo L, seu filho e C, sua neta). Nos despedimos e a Sra. MAX convidou-me para voltar quando quisesse e **manifestou a sua alegria em conhecer-me. J acompanhou-nos até a porta da casa** e retornamos ao CS. (Trecho do diário de campo: observação realizada em 05/11/2001).

Abrir o espaço social do domicílio à equipe PSF não significa, no entanto, que a família esteja abrindo, automaticamente, esse espaço à intervenção profissional sobre as questões relacionadas à sua saúde. Isso foi manifestado, claramente, pelas famílias em alguns encontros com a equipe. Por vezes os profissionais são bem recebidos, na dimensão social – na comunicação protocolar de aproximação, traduzida por gestos de cortesia e atenção da família e o desenrolar de um diálogo informal –, mas no momento em que a equipe passa a tratar de assuntos que exigem uma recondução dos cuidados à saúde, a família prontamente resiste,

posicionando-se, segundo suas próprias escolhas, ou então abrindo pequenas possibilidades e espaços, muito controlados, para uma intervenção profissional. Isso leva a crer que atitudes de cortesia da família para com a equipe definem uma harmonia nas relações sociais entre anfitrião e visita, mas não traduzem, necessariamente, uma definição da situação interventiva sobre as suas questões de saúde. Em especial, no caso de certos ACS's, a interação com determinadas famílias não ultrapassa a definição de uma situação social entre anfitriã e visita, ou seja, um relacionamento protocolar de cortesia e respeito no ritual de receber e ser recebido socialmente. Isto ocorre, geralmente, quando a família expressa frontalmente a sua resistência ante uma orientação ou cuidado técnico da equipe. Nessas situações, parece haver um retraimento na abordagem de assuntos técnicos por parte de determinados ACS, procurando evitar um possível conflito nas suas relações com a família, desejando não macular o ritual de receber bem e ser bem recebido. Assim sendo, há uma tendência de que o encontro assistencial não cumpra a sua real finalidade, não extrapolando o nível de um convívio social propriamente dito.

A6 informou-me que iríamos à casa da (família A) Sra. A, de 86 anos, diabética, que mora sozinha. Chegamos no portão e A6 chamou em voz alta "Dona A" ... (chamou duas vezes) e ouviu-se uma voz que vinha da varanda da casa dizendo: "estou aqui, **podem entrar, eu não posso ir até o portão... podem entrar**". Nos aproximamos da casa e lá estava a Sra. A **esperando por nós**. Muito **sorridente e amável recebeu-nos com visível alegria, convidou-nos a entrar e sentar no sofá da sala**. Quando A6 perguntou como ela estava, logo respondeu: "agora que aterrissei estou melhor"... e mostrou um extenso hematoma no antebraço esquerdo e com edema no cotovelo. Contou que caiu na cozinha há uns três dias atrás e que havia machucado o braço e feito "... uma bola de tênis na cabeça"; disse que agora já estava bem e que até estava conseguindo fazer o serviço da casa. **Sobre a mesinha de centro estavam, caprichosamente arrumadas, quatro xícaras de café, uma garrafa térmica, um açucareiro e um pote contendo bolachas**. A Sra. A **mostrava-se muito satisfeita com a nossa presença e ofereceu-nos café**. Mostrou-se muito ágil para servir o café, eu me ofereci para ajudá-la a servir e ela aceitou o meu auxílio. **Tomamos café**, ela buscou a sua caneca na cozinha e **colocou um pouco de açúcar e depois se serviu de café**. Contou, com mais detalhes, como havia sido a sua queda na cozinha e que atribuía o fato à sua falta de sensibilidade nos pés, por conta da diabetes. **A5 perguntou-lhe se estava controlando a glicemia** e ela respondeu que a sua amiga Z vinha de madrugada (muito cedo de manhã) "picar o meu dedo para tirar o sangue e fazer o teste e eu achava aquilo muito chato e **disse para deixar que eu mesma posso picar o meu dedo e fazer o teste, mas não tenho feito não...** acho que está tudo bem pois a minha comida é controlada, não como açúcar, nem outros doces, bebo café, como canja e às vezes à noite, quando me dá fome como uma bolachinha, **andei tendo um coma estes dias e fui parar no hospital**, onde aqueles médicos maravilhosos me deram muita atenção, era: vó, como está? Toda hora vinha um e depois outro para ver como eu estava, agora estou bem". Em seguida, rapidamente, ela **desviou o assunto** e começou a falar sobre a história de

sua família. Após uma longa conversa sobre filhos, noras e netos, A5 e A6 procuraram voltar ao assunto do acidente que a Sra. A havia sofrido em sua casa por descontrole da glicemia e que seria aconselhável que ela fizesse uma avaliação médica para evitar dificuldades futuras. Ela retrucou: “... **deixa como está, não tem problema**”. A6 disse que notificaria à médica sobre a queda da Sra. A e que ela poderia vir visitá-la; a Sra. A revidou rapidamente, dizendo que não seria necessário, que está tudo bem assim. Ela nos acompanhou até a varanda da casa e pediu desculpas por não poder acompanhar-nos até o portão. Permaneceu ali, acenando até chegarmos à rua.

No caminho, A6 comentou que a Sra. A não se importa muito com o tratamento da diabetes e que sempre tem um comportamento evasivo quando se trata do assunto; isso já aconteceu com outros membros da equipe em visita a ela, e sempre ocorre quando elas (ACS's) a visitam. A dieta que ela diz seguir é duvidosa porque ela gosta imensamente de fazer doces para presentear às amigas. A6 falou, então, que vai conversar com a médica para ver o que pode ser feito neste sentido, pois elas (ACS's) percebem que pouco podem fazer para modificar o comportamento da Sra. A, em se tratando do controle da diabetes.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 27/11/2001).

No trabalho de hoje constatei um exemplo de manifestação de autonomia da Sra. A com relação à condução da sua vida, do tratamento de suas doenças, de escolhas e decisões. Apesar de socialmente muito aberta, isto é, abrir amplamente o espaço do seu domicílio para as relações sociais e afetivas, a abertura para “aconselhamentos” e prescrições de tratamentos, modos de vida e cuidados é altamente restrito, ou seja, é estritamente fechado. Ela conhece, ela assume não realizar o tratamento e sutilmente comunica que não está receptiva para ordens ou prescrições de modos de vida e tratamentos. Parece já haver feito suas escolhas e procura mantê-las firmemente perante a equipe PSF. Interferências neste sentido não são bem-vindas! A ACS apresenta-se passiva ante as convicções da Sra., dando ênfase à conotação social deste contato no seu domicílio. (Notas da pesquisadora, em diário de campo: observação realizada em 21/11/2001).

Um encontro assistencial deve ter um significado positivo para a saúde da família: ele abarca objetivos assistenciais e tem, dentro da situação social que lhe é inerente, uma conotação profissional. Para atingir a sua finalidade é preciso, portanto, que esse contato extrapole o nível do convívio social e se configure em uma atenção profissional democrática, competente e eficaz para a saúde da família.

**Quadro 14:** Termos incluídos no domínio: **espaço da intimidade**; termos cobertos: **sinais de abertura e de restrição** do acesso ao domicílio.

*Sinais de abertura da família:*

termos incluídos:

portas ou janelas abertas sinalizam uma boa receptividade;

ser esperado ou recepcionado pela família no portão ou porta da casa e ser conduzido por ela ao interior do domicílio;

ser convidado a entrar no domicílio;

ser convidado a sentar-se com a família;

ser convidado a tomar café com a família.

*Sinais de restrição ao acesso do domicílio:*

ser recebido no portão e não passar daí em diante;

ter que ficar do lado de fora da casa;

família não atende ao chamado;

olhares da família são percebidos por entre uma cortina entreaberta ante o chamado da equipe, depois se instala um silêncio absoluto;

manter portas e janelas fechadas, movimentando-se, silenciosamente, dentro do domicílio ante o chamado da equipe;

família não faz menção de prender o cão feroz solto no jardim;

sutilmente a família diminui o volume do rádio ao notar a presença da equipe no portão.

## 7.2 A DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO ASSISTENCIAL

Quando há o encontro entre dois universos de significados múltiplos e diversos, como é o caso de uma situação assistencial no domicílio, há que se compreender, inicialmente, o que salienta Da Matta (1997): que sempre poderá ser feita uma leitura desse evento a partir dos códigos da casa ou na perspectiva dos códigos da rua. As expectativas, em torno da definição da situação assistencial, se dão, portanto, a partir de duas perspectivas, diferentemente codificadas; uma, prioritariamente na ótica da intimidade, da cultura popular – da família – e a outra, prioritariamente sob os códigos da rua e da cultura institucional – da equipe. Uma situação assistencial somente terá uma definição positiva quando houver um diálogo aberto, uma negociação e um acordo entre essas diferentes perspectivas, compreensões e intenções. Goffman (1985) compreende esse fenômeno como uma definição de uma situação interativa em que são expressas as projeções sobre as intenções e ações em relação à situação e a quem dela participa. Nessa perspectiva, a interação é compreendida como a influência recíproca que ocorre, em qualquer situação, entre indivíduos que se encontram agrupados em uma relação face-a-face. Assim pode ser caracterizado um encontro assistencial. O desempenho relaciona-

se a toda atividade de um dos participantes que, em certo momento e determinada maneira, procura influenciar qualquer um dos outros participantes. O padrão de ação, que é pré-estabelecido e se desenrola no momento da representação, é tido como um “movimento” ou uma “prática” (GOFFMAN, 1985, p.24).

### 7.2.1 As negociações e os acordos

Para que uma dada situação alcance uma definição clara, resolutive, harmoniosa e significativa para aqueles que dela participam, é necessário que seja estabelecido o que Miagusko e Ferreira (1999, p.23) denominam de *consenso operacional*, compreendido por Goffmann (1985) como algo que viabiliza um real acordo entre os participantes, um jogo cooperativo, em relação às suas reais pretensões e expectativas sobre o evento. O estabelecimento claro, manifesto e acordado das intenções e finalidades do encontro assistencial irá favorecer o desempenho satisfatório dos papéis daqueles que dele participam e tornar-lhes-á esse encontro realmente significativo.

Eu não sei, mas eu acho que se tivesse mais (discussões sobre ética), não estava do jeito que está; porque **tem gente que não leva a sério**, porque tem casas que eu vou, geralmente de pessoas que falam pra mim: “**ah, fulana vem aqui fica falando que fulano é porco, que fulana é porca, que fulana não sei o que...**” e uma vez eu já levei um caso desse pra A: “ó, fica ligada aí porque tem agente de saúde que deu de falar”... eu acho assim: **a gente não vai mudar as pessoas; a minha função não é chegar dentro da tua casa e: “pô, vê se limpa a tua casa”, não é isso; eu não posso mudar as pessoas, as pessoas têm que levar a vida normal; eu posso orientar**, mas eu não, chegar e dizer... não! Aí, então, eu não admito, assim, que uma pessoa chegue na casa da outra e... já pensou? **Se põe no lugar**, pôxa, a gente fazer isso, se põe no lugar... ia gostar se fosse na casa dele e depois fosse na outra falar. (A3 em 02/05/2002).

Um *consenso operacional* requer uma comunicação própria, tanto em nível social, como foi abordado anteriormente, como em nível interventivo, através de um consenso de ações para uma melhor saúde da família. Isso inclui tanto a linguagem falada, como também a expressão simbólica de um dizer - manifesto no gestual.

Eu antes fazia uma avaliação assim, mais racional, sabe? Hoje não - eu já **faço uma avaliação menos racional**. Eu acho que a **sensibilidade de cada profissional é muito importante**. (P1 em 08/07/2002).

A definição de uma situação assistencial requer, assim, a condição de continuidade interativa com estabelecimento de níveis de confiança, que permitam a revelação das expectativas e necessidades da família, contidas na região sombreada dos bastidores. Isso possibilita uma relação de ajuda eficaz, com significado real e positivo para a família e também para a equipe PSF. Esse processo requer, então, um acordo ético. Giddens (1993, p.202) compreende este como um processo democrático, em que são asseguradas *relações livres e iguais entre os indivíduos*. Sob essa ótica, há que se promover situações em que as pessoas tenham a oportunidade de desenvolver as suas potencialidades e a liberdade de expressar as suas qualidades; é preciso, também, que cada indivíduo respeite as habilidades dos outros e a sua própria capacidade para aprender, desenvolver e aperfeiçoar suas aptidões. Para Giddens (1993, p.206), esta é *uma estrutura ética para uma ordem pessoal democrática*.

### 7.2.2 A construção do vínculo necessário e resolutivo

Uma estrutura ética requer a sustentação de certas regras ou, como diz Sennet (1988, p.115), de *códigos de credibilidade* que façam emergir um vínculo interativo pautado na confiança mútua entre família e equipe; somente a partir daí há possibilidades de efetivar-se uma significativa relação de ajuda.

É que as pessoas se sentem à vontade, né? Porque se elas confiam em ti elas vão falar de tudo pra ti; elas falam da casa, da vida pessoal, do sofrimento, das agressões, da fome, de todas as dificuldades. (P4 em 26/04/2002).

Confiam muito em mim, e isso faz com que elas exponham seus problemas, aquilo que pensam e acreditam. (A3 em 18-09-2001).

Você tem que fazer ela entender e confiar em você! A confiança é a chave de tudo! Você tem que fazer que ela confie nas suas palavras, que ela confie em você, porque aí, através daquela confiança ela vai se abrindo e ela vai entendendo o seu lado e você passa a entender o lado dela. O segredo, que a pessoa tem que guardar pra si! Que nem a pessoa quando conversa com o padre - confessou um problema - o padre enterrou! Que é pra pessoa ter confiança! Elas ficam com receio e vão se proteger, porque elas não lhe conhecem, elas não me conhecem; aí elas não sabem o que é que vocês vão fazer, não sabem se você vai espiar a casa pra denunciar, não sabem se você vai espiar pra falar pros vizinhos então eles se trancam dentro de si mesmos. Eles não botam pra fora - e aí não tem como ajudar. (Fam. VC em 20/09/2002).

Uma interação confiável é um processo de conquista gradativo e complexo que requer da equipe uma atitude sensível, ética, competente, igualitária e compartilhada frente aos



compromissos e aos vínculos construídos com a família. Para Giddens (1993), no exercício da ordem pessoal democrática é preciso que haja uma certa *permissão* na confiança. O autor refere:

*Confiar em alguém significa renunciar às oportunidades de controlá-lo ou de forçar as suas atividades dentro de um modelo particular. Por outro lado: Ser considerado confiável por um parceiro é um reconhecimento de integridade pessoal, mas em um ambiente igualitário tal integridade significa também revelar, quando solicitado, os motivos para as ações - e na verdade ter boas razões para quaisquer ações que afetem a vida do outro. (GIDDENS, 1993, p.209).*

**Confiar muito em mim, e isso faz com que elas exponham seus problemas, aquilo que pensam e acreditam. (A3 em 18-09-2001).**

No início foi difícil pra gente conseguir **entrar dentro da casa das pessoas**. Foi muito difícil! Todos nós tivemos dificuldades pra conseguir isso, mas conseguimos. **A primeira não consegue, as pessoas te recebem meio que na porta, não te dá muita informação, ficam retraídos, pedem documento, pedem tudo! Aí uma segunda visita eles já te tratam um pouquinho melhor, já te recebem meio que rindo, na terceira tu já consegue pelo menos passar do portão.** (A1 em 26/04/2002).

A5 ressaltou que as pessoas passam a **“ter confiança” à medida que a gente se dedica a elas, lhes dá atenção e ajuda a resolver os seus problemas**. Ilustra este depoimento com o exemplo anteriormente citado (sobre um atendimento de urgência que ocorreu junto a uma família de sua área, quando ela, A5, socorreu o filho menor do casal, frente a uma grave crise, levando-o às pressas para o CS): **“se a gente não houvesse chegado lá na casa daquela família naquele momento, o menino teria se passado e a mãe dele não estava nem percebendo o que estava realmente acontecendo; foi preciso a gente tomar uma atitude para salvar a criança. A mãe do menino ficou muito feliz por havermos salvado o seu filho, e trata a gente muito bem, quando visitamos a sua casa; parece ter muita confiança na gente”**. A5 parece emocionada quando lembra deste acontecimento, dizendo ser isto uma passagem muito importante até mesmo em sua vida. Ela diz que **a questão da confiança também vem ao longo do tempo, pois ela já conhecia estas pessoas antes de ser ACS**, sua família sempre as ajudou com donativos e isto facilita o seu trabalho atualmente.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 21/09/2001 - depoimento de A5).

O conhecimento pessoal, social, favorece o estabelecimento de relações de confiança na interação entre equipe e família; isso significa que o vínculo interativo se estabelece, mais facilmente, quando a equipe não é, totalmente, um *estranho* para a família, tendo alguma relação de proximidade social e cultural na comunidade.

**Sou muito bem aceita pelas pessoas porque a maioria eu já conheço desde pequena daqui da comunidade e isso facilita bastante. (A3 em 18/09/2001).**

Isso não quer dizer, no entanto, que o processo assistencial atinja a sua maior finalidade no momento em que se abre, entre os interlocutores, um canal de comunicação social favorável. Sem negar a importância dessa interlocução, é preciso não perder de vista a sua finalidade assistencial, objetivamente falando. Quero crer, então, que quando existe uma comunicação pessoal e profissional/técnica eficaz na situação assistencial, a experiência desse encontro passa a ser significativa para as pessoas, traz uma contribuição importante para o melhor viver da família e também da própria comunidade. Isso me leva a afirmar que, quando o diálogo assume um significado pessoal e familiar importante nas questões da saúde, há interesse e receptividade da família em relação a esse evento e há uma definição favorável da situação assistencial, tanto para a família quanto para a equipe.

[...] **ela não me recebia, até que um dia precisou de mim;** ela teve um problema sério esses tempos. **Só na hora que ela precisou é que ela deu valor para o que eu faço, para mim e me recebeu.** Aí eu fui lá, ela falou muito, me contou uma porção de coisas, eu fiquei ouvindo e de lá para cá ela tem me recebido.  
(A3 em 27/12/2001).

Hoje tive uma experiência interessante com a família I, que me surpreendeu e me mostrou que **o processo de abertura das pessoas ao trabalho da equipe é algo que pode ocorrer inesperadamente, é imprevisível** e depende de circunstâncias que realmente precisam ser estudadas. O comportamento “fechado” das pessoas pode se reverter absolutamente de uma situação assistencial para outra, com sinais claros de permissão, acolhimento ao domicílio e para assuntos pessoais. Quando **existe uma comunicação significativa** (sem barreiras de status intelectual/social), a experiência passa a ser significativa para as pessoas, ou seja, **à medida que o assunto assume um significado pessoal importante nas questões da sua saúde, há interesse e receptividade. A equipe traz uma contribuição que passa a ter um significado importante para a família.**

(Notas da pesquisadora de diário de campo: sobre observação realizada em 05/11/2001).

Quando ocorrem as rupturas no processo interativo entre a equipe e a família, há, conseqüentemente, uma quebra na definição da situação assistencial. Isso pode se dar quando os acordos pessoais e técnico-operacionais não foram devidamente estabelecidos entre os interlocutores participantes do encontro. Essas rupturas dificultam o processo de aproximação entre os dois domínios – da casa e da rua – e interferem, sobremaneira, na própria condução do processo assistencial. Constatei, como Miagusko e Ferreira (1999), que quando os indivíduos estão diante de uma quebra de definição da situação, eles tendem a perder a capacidade de agir segundo o seu papel, colocando em risco a própria situação assistencial, desvirtuando a sua dinâmica e, também, os seus objetivos. Quando existe uma pré-concepção

da equipe sobre determinado comportamento desfavorável da família em relação à sua presença no domicílio, há, também, um sentimento de impotência com relação à sua atuação junto dela. Nesse caso, ela vive o ritual de aproximação entre a rua e a casa com sentimento de temor e insegurança. Por outro lado, quando um canal de comunicação é aberto com essa mesma família, o membro da equipe sente-se imensamente fortalecido e percebe que a sua contribuição foi significativa para a família, passando a investir, com maior vigor, no seu processo assistencial. Isso revela, mais uma vez, a importância de uma clara definição dos papéis e dos objetivos assistenciais para uma definição da situação assistencial.

[...] lá chegando encontramos o pai de C (marido da Sra. B) defronte à casa ajeitando o material de construção (a casa está em reforma), e **do portão, A4 perguntou-lhe por C**. Ele chamou a Sra. B, que estava dentro de casa, e logo apareceu para informar que as suas filhas C e F haviam se mudado para Barreiros e que, portanto, não moravam mais com ela. **Permanecemos todo o tempo no portão e a Sra B perguntou se gostaríamos de entrar e A4 respondeu: não... porque eu queria mesmo era falar com a C, saber como ela está. Agradecemos a atenção da Sra. B e continuamos caminhando. A4 parecia frustrada por C haver se mudado dali, e também por não havermos realizado aquilo que combinamos. Procurei dizer que isto é algo esperado e que neste tipo de trabalho precisa-se contar com estas situações. A4 resolveu, então, visitar o Sr. R de 94 anos, viúvo, que mora sozinho em uma casa ao lado do filho e da nora. A caminho da casa do Sr R, A4 refletia comigo: foi tão difícil conseguir entrar nesta casa, nesta família, e agora a C foi embora, vai ficar difícil porque a C, gestante, era um motivo para que a gente pudesse chegar lá, sem ela por lá vai ficar complicado novamente, pois a Dona B é muito fechada. E eu preciso ir lá qualquer dia pois a Dona B tem um filho pequeno o T, e eu preciso ver algumas coisas sobre ele, não sei como vai ser. Sempre que eu pedia a carteira de saúde do T ela dizia que tinha perdido e não havia mais encontrado. A C foi embora bem agora quando a gente havia conseguido chegar mais perto; vai ficar tudo difícil novamente. Refleti com A4 que talvez agora já não seja tão difícil como no início, pois já houve um contato mais próximo quando da última vez, conseguimos entrar na casa e fomos recebidos pela família. Ela, pensativa, concordou.**

(Notas da pesquisadora em diário de campo: observação realizada em 08/11/2001).

Quanto à situação vivenciada com A4 junto à família C, constatei que a resistência da família frente à presença e atuação da equipe, no domicílio, **intimida sobremaneira a sua iniciativa de aproximação. Estabelece-se, por parte da equipe, um certo temor no processo de aproximação. A equipe parece retrair-se ante esta resistência da família.** A família C já havia dado um passo na direção de uma abertura maior à equipe na última visita, quando C gestante ainda morava lá. A Sra. B foi receptiva e até ofereceu-nos um café. Desta vez, a **simples ausência de C** (que segundo A4 teria sido a ponte, o motivo para que a equipe se aproximasse da família) foi motivo de um novo bloqueio no processo de aproximação. **Quando a Sra. B perguntou se queríamos entrar, A4 prontamente respondeu que não, pois precisava falar com C e, ligeiramente, se despediu da Sra. B e de seu esposo. A4 rejeitou o convite para entrar, pautada na ausência de C, ou seja, declarou para a Sra. B que a visita era importante, exclusivamente, por causa de C.** Depois, a caminho da casa do Sr. R, A4 reflete que **necessitará se aproximar novamente desta família por causa do pequeno T (filho da Sra. B) – que passou**

a ser um novo motivo para aproximação e demonstra-se preocupada sobre como poderá se aproximar novamente desta família, uma vez que C não se encontra mais, ou seja, o motivo principal que viabilizou a aproximação não está mais presente no processo e agora o motivo precisa ser outro, ou seja, o pequeno T. No entanto, a Sra. B convidou-nos a entrar e A4 recusou o convite, afirmando que o seu contato deveria ser com C. Isto parece estar revelando que uma importante estratégia de aproximação a uma família resistente, é ter um motivo claro, reconhecidamente significativo pela família, para adentrar no seu domicílio. No momento que este motivo deixou de existir, é preciso reiniciar o processo de aproximação e apresentar, de maneira elaborada, à família, um novo motivo que se mostre significativo para este encontro.

(Trecho do diário de campo: observação realizada em 08/11/2001).

Na dinâmica interativa de um encontro assistencial há uma trama complexa de relações que evidenciam, ante as resistências e convivências, os jogos de poder entre os seus interlocutores. A família procurando garantir a administração da sua intimidade e a condução da sua vida e, do outro lado, a equipe PSF instrumentalizada de um saber, que tem o subsídio normativo dos programas de saúde e o aval da academia.

**Quadro 15:** Termos incluídos no domínio: **espaço da intimidade**; termos cobertos: **trânsito da equipe PSF no espaço da intimidade familiar.**

*Trânsito da equipe PSF no espaço da intimidade familiar:*

termos incluídos:

processo complexo;

processo de conquista;

processo de aproximação gradativa;

processo autorizado, controlado, conduzido, regulado pela família;

relações éticas são o fundamento;

confiança\*\* é a base das relações;

importância das definições de papéis e de objetivos assistenciais;

percepção da necessidade de ajuda profissional é um requisito da família;

espera a resolutividade dos problemas de saúde.

\*\* Relações semânticas:

Confiança relaciona-se a:

abertura; atitude ética; espaço da intimidade; diálogo e atitudes; processo de conquista;

motivação; demonstração e comprovação; convivência próxima;

tem uma co-relação forte com conhecimento da equipe PSF.

Conhecer relaciona-se a:

disponibilidade da equipe para uma relação de ajuda à família / manifestação da intenção de uma relação de ajuda;

proximidade cultural, geográfica e social;

atitude ética;

dedicação e atenção;

resolutividade dos problemas de saúde;

competência profissional;

comportamento social aceitável;

abertura às relações interpessoais; boa comunicação.

### 7.2.3 Os saberes e os poderes no jogo da representação

Ainda que no contexto do PSF o seu discurso privilegie a participação das famílias no processo assistencial, em nível de decisões e de ações, na prática dos encontros assistenciais perpassa um confronto, sutil ou declarado, entre os saberes popular e técnico sobre os cuidados de saúde. A família, muitas vezes, mesmo acreditando na eficácia de um método popular, sente-se pressionada pela equipe a adotar um cuidado técnico pouco significativo para ela. Com a intenção de evitar um possível conflito interativo com aqueles que detêm um saber, supostamente superior, a família demonstra-se resignada e acolhe-o, sem manifestar resistência; caracteriza-se nesse cenário assistencial uma *representação de fachada*, como define Goffman (1985). Na *região dos bastidores*, no entanto, longe do olhar da equipe, na intimidade da sua vida cotidiana, ela exerce o seu poder de resistir e lá, onde ela não necessita confrontar e nem argumentar contra a norma, ela implementa os cuidados que têm significados reais para a sua saúde, ou seja, aquilo que faz sentido para a sua vida.

**Nunca discutir com aqueles sábios, porque aqueles estudaram e tem todo o preparo; nós fomos criados no sítio e não temos nenhum preparo, então a gente tenta unir o útil ao agradável! A gente tenta fazer aquilo que a equipe ensinaram, mas também, por trás daquilo faz o nosso – porque os imbigos dos meus filhos - hoje eles (os sábios) curam com iodo, com remédio – eu criei os meus cinco filhos com a banha da galinha no imbigos e o pó de quina. Foi tudo muito bem; todos eles nunca tiveram problemas e quase nem cólica não sentiram. Eles querem impor a sua saberdoria! A família se sente constrangida! Por causa do que: a minha mãe usava isso, a minha avó usava e fazia bem, porque é que agora não faz bem? Então, às vezes, a pessoa pra não entrar em atrito com aquela outra, diz que vai fazer... mas não faz! - pois aí é que está a questão! Se a pessoa não souber trabalhar com aquela família, não saber entender o lado daquela família, a próxima vez você ganha com a porta na cara! A senhora não vai ter acesso porque a família se fecha! Ela fica, às vezes, naquele mundinho dela! Aí ela tem medo de se abrir pra você, porque você não foi coerente com ela! Você se opôs, com o seu estudo, você não concordou com a experiência dela! Você não passou nenhuma confiança pra ela!**

**Entra na confiança! E tem que se conscientizar que tem que fazer com que a família teja confiança nela! Porque não é só assim: - passar lá na frente da casa e perguntar: “oh, dona fulana, como é que tá o seu nenê, tá bom, deu febre esse mês, deu diarreia?” – “não tudo bem!” “Então a senhora assina aqui, faça o favor?” – lá vão se embora! Então elas não tão fazendo o papel delas! Elas tão ganhando, mas não tão fazendo nada pela comunidade, nem pelas famílias!**

(Fam. VC em 20/09/2002).

**(Quando a equipe orienta a família no domicílio) Ela força... força a barra! Força a barra... com certeza - Às vezes a gente até na frente deles diz:.. não, a gente tá fazendo assim, assim, assim; elas viram pro lado a gente faz do nosso jeito que a gente acha melhor! (Fam. SU em 25/07/2002).**

A partir da visão de Goffman (1985), o comportamento apresentado pelas famílias, ao perceberem-se pressionadas pela equipe, pode ser compreendido como uma prática preventiva no sentido de manter a definição da situação assistencial. Trata-se, mais especificamente, de uma prática protetora das famílias procurando salvaguardar a definição da situação projetada pelo outro; diferentemente daquilo que Goffman (1985) chama de prática defensiva, quando os indivíduos empregam certas estratégias comportamentais no intuito de proteger às próprias projeções. As atitudes de concordar com as orientações da equipe abrigam, por parte das famílias, uma intenção de manter a definição da situação assistencial na perspectiva da equipe, ou seja, segundo aquilo que esta espera da família. Uma prática que protege a definição da situação, quer dizer, nesse caso, evitar uma discordância declarada ou, como refere o autor, um tom dissonante no processo interativo. Como explicam Sampaio e De Rossi (1999), uma ruptura dessa natureza pode ameaçar a realidade que está sendo construída por aqueles que participam, interativamente, do encontro assistencial.

Há, por outro lado, situações em que a própria incoerência nas orientações dos cuidados técnicos entre si reforça a decisão da família de manter um cuidado popular que é coerente com os seus padrões significativos e demonstrou-se eficaz para o problema ao longo de várias gerações na família. A própria ineficácia de um cuidado técnico reforça, nesse caso, o significado positivo do cuidado popular, fortalecendo a sua eficácia nos *bastidores* da vida cotidiana.

Como foi ali com o umbigo do meu nenê... pra tu ter um idéia, quando eu ganhei o meu outro filho que tá com 9 anos hoje, eu tenho uma **carteirinha de saúde dele, do hospital, que diz: “não dê banho no seu filho enquanto não cair o umbigo e tal e tal”** – tudo bem: pra mim... eu cuidava e tal e agora no segundo, eu já tenho uma **carteirinha que diz: “já sai da maternidade com o nenê já está tomando banho”** então tu te pega num, daqui a pouco vem outra... pode olhar na carteira do meu filho de 9 anos – pra agora desse; então eu acho assim que é **uma diferença muito grande**; por exemplo: **esse meu teve cólica terrível, terrível... o meu nenê - por causa da friagem que ele pegou no umbigo; - do outro não dava banho era limpado com lencinho, tal. Uma diz: “não dá banho e tal”, aí a outra já: “dá banho”** então eu me peguei mais aquela tática lá: não é bem o fato de não dar banho – é pelo fato de cuidar ali naquela parte, né? - Depois também a gente complica a cabeça porque tu vai na televisão, tu veja a televisão: **“agasalhe bem o seu filho e tal, tal”** - já vai no postinho: - **“não... porque tá agasalhado demais...”** então a própria cabeça da pessoa fica confusa, né?

Tipo lá com a P2 (situação em que P2 foi na sua casa orientá-la para o problema de ingurgitamento mamário) – então eu tava o que: secando um peito primeiro, melhorando, né, pra depois ir no outro! O que aconteceu? Tudo bem: **teve uma coisa que ela me ajudou** – aquela bombinha tava piorando... então quer dizer: **nada**

como uma boa conversa... ela me ajudou numa parte, só que na outra não! Então é... às vezes é um pouco forte (a pressão dos profissionais da saúde). (Fam. SU em 25/07/2002).

Quando a mãe cuida de um filho, ou a mulher do marido, a seu modo (com base no conhecimento popular) e a equipe “força” a adoção de uma conduta (técnica), esta (mãe) fica “em dúvida”, confusa, insegura – porque, muitas vezes, um cuidado popular, que estava se manifestando adequado, com a melhoria do problema, com a interferência da orientação da equipe – é “forçosamente” abandonado para dar lugar a um cuidado técnico, que muitas vezes não têm um resultado favorável. Sr. JM e a Sra. JM contam histórias ilustrando essas situações e destacam uma experiência contrária em que: para um determinado problema de saúde (queda da unha do pé do Sr. JM) adotaram, imediatamente, a conduta prescrita pelo médico (uma pomada), que piorou sensivelmente o estado do dedo; esse cuidado foi então abandonado, por não dar bons resultados, e imediatamente, a Sra. JM “retirou o pozinho de uma cápsula de Cataflan e colocou sobre o dedo inflamado do marido que, em “dois tempos” melhorou”. (Entrevista transcrita no momento de sua realização, por não haver sido autorizada pela família a gravação. Fam. JM em 16/08/2002).

Quando essa *representação de fachada*, que é produzida no âmbito do encontro assistencial, não é compreendida pela equipe PSF, pode ocorrer a fragilização do campo interativo entre a família e a equipe; o nível de confiança pode diminuir, a abertura passa a ser cada vez mais restrita e pode instalar-se uma desmotivação para o diálogo. Nesse caso, a equipe passa a sentir-se insegura diante da indefinição da situação assistencial, por vezes retraindo-se e, em outras, insistindo numa relação quase insignificante para a família. Nesse caso, como quer Goffman (1983), as posições previstas para aqueles que participam do encontro tornam-se insustentáveis e a linha de ação permanece indefinida.

Quanto à Família SA: percebi que a equipe sente uma certa insegurança quando lida com famílias que não são muito receptivas ou abertas, no domicílio. A família, por sua vez, regula a abertura do seu espaço domiciliar de acordo com seus próprios interesses, isto é, recebe bem quando deseja a presença da equipe, quando está motivada para tal; quando não está interessada neste encontro, procura comunicar este desejo simbolicamente, mantendo janelas e portas fechadas, e mantendo-se dentro de casa, sem aparecer para a equipe. Isto pode ser um código de comunicação; no entanto, a equipe insiste e, algumas vezes, o encontro acaba por ocorrer por insistência da equipe. Neste caso, a resistência pode aparecer nas relações, que se mostram mais distantes nestes encontros, caracteristicamente mais invasivos.

(Notas da pesquisadora em diário de campo: sobre observação realizada em 21/11/2001).

Para que uma situação assistencial tenha uma definição positiva no campo pessoal/social e profissional/técnico, é necessário que se busquem condições favoráveis no âmbito do contexto familiar e, também, da equipe.

A família precisa estar motivada para o encontro, confiante, segura sobre o teor confidencial e discreto daquilo que for discutido, visto ou revelado no domicílio. Nesse sentido, a equipe deve expressar, claramente, o seu compromisso ético, principalmente no que diz respeito ao sigilo profissional e à discrição pessoal/profissional.

Os objetivos do encontro e os papéis previstos para os participantes (equipe e família) devem ser acordados e manifestados. Isso significa que uma situação assistencial será definida à medida que os seus integrantes expressarem e concordarem sobre as suas projeções em relação ao evento.

Nesse contexto, a família deve sentir-se valorizada em relação ao seu querer, saber e fazer em saúde, expressar as suas necessidades e compreender que está sendo auxiliada, pela equipe, nesse processo. Dessa maneira o auxílio técnico/profissional poderá fazer um real sentido para a sua vida.

A equipe, na condição de *estranho*, deve empenhar-se na conquista da confiança da família para poder transformar-se em *visita*, o que requer uma aproximação sensível e gradativa. A passagem da rua para a casa implica no reconhecimento das fronteiras dos níveis mais íntimos, invioláveis, e cujo acesso deve ser mantido absolutamente sob a condução e controle da família. No ato da chegada ao espaço da casa é importante observar os códigos de abertura ou de restrição à esfera da intimidade, através das sinalizações da família. Há, também, que se compreender a própria constituição familiar quanto aos limites de inclusão e exclusão de seus membros na dimensão íntima das questões da saúde, ou seja, quais são os assuntos que podem ou devem ser abordados e onde, com quem e na presença de quem?

No processo interativo de um encontro assistencial, há que ser disponibilizada à família uma efetiva relação de ajuda para com os seus reais problemas de saúde; isso requer, do Serviço de Saúde, uma estrutura funcional com uma proporcionalidade condizente entre o número de profissionais e o número de famílias, uma clara definição dos objetivos assistenciais e, também, do papel dos diferentes membros da equipe. Requer, ainda, um preparo específico da equipe para o processo assistencial à família no domicílio, e a corresponsabilização do Sistema de Saúde – SUS – na resolutividade dos problemas de saúde em todos os níveis assistenciais.



**Quadro 16:** Termos incluídos no domínio: **espaço da intimidade**; termos cobertos: **condições favoráveis para abertura.**

*Condições favoráveis para abertura:*

termos incluídos:

desfrutar de ambiente com privacidade;

poder sentar e conversar;

poder desabafar;

dar e receber atenção;

poder ficar à vontade;

poder dialogar com os profissionais/técnicos;

o profissional/técnico deve colocar-se no lugar do outro (família); deve procurar entender o lado do outro;

determinados membros da família desejam estar sozinhos consigo mesmo e com o profissional/técnico;

deve oportunizar um sentimento de autocuidado para a família;

o profissional/técnico deve mostrar-se confiável;

o profissional/técnico deve demonstrar interesse em ajudar, deve oferecer uma relação de ajuda efetiva/resolutiva;

o profissional/técnico deve garantir o sigilo profissional;

o profissional/técnico deve mostrar-se presente na situação;

o profissional/técnico deve aproximar-se "de mansinho";

o profissional/técnico deve conhecer muito bem o programa;

a família deve conhecer as pessoas que são os profissionais/técnicos;

a família e o profissional/técnico devem conhecer o que estão fazendo e sobre o que estão falando;

a família deve conhecer a intenção do profissional/técnico;

o profissional/técnico deve ter e demonstrar abertura à experiência do outro;

o profissional/técnico deve mostrar-se coerente em seu dizer e fazer e também em relação às escolhas da família;

o profissional/técnico deve desempenhar o seu papel;

o profissional/técnico não deve ter e nem demonstrar preconceitos;

o profissional/técnico deve saber expressar-se.

## – Capítulo 8 –

### A ÉTICA E A INTIMIDADE

Apresentarei, neste capítulo, uma reflexão ética voltada à questão da intimidade. Com isso, buscarei maior profundidade teórica dos aspectos que alinhavaram os principais construtos nos capítulos anteriores. Enfocarei os desafios éticos que decorrem de uma dupla vinculação entre a equipe e a família, por estarem ambos transitando, contínua e intensamente, entre as fronteiras dos relacionamentos pessoais e posicionamentos profissionais. Abordarei a dimensão do significado da confiança no espaço de uma vivência assistencial situada, proximamente, ao *locus* da intimidade familiar. Apresentarei as minhas reflexões sobre a polaridade crítica entre o individual e o coletivo, que pode se instalar entre olhares éticos sobre a intimidade familiar. Finalizando este capítulo, centralizo as minhas reflexões sobre a situação assistencial como um espaço de solidariedade, movimentando-se, ambigualmente, no jogo entre a compassividade e a resolutividade.

#### 8.1 OS DESAFIOS ÉTICOS DE UMA DUPLA VINCULAÇÃO ENTRE EQUIPE PSF E FAMÍLIA: OS LIMITES ENTRE AS FRONTEIRAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS-SOCIAIS

A partir de uma ótica interativa o vínculo é algo, particularmente, especial quando se fala de relações que perpassam o contexto da intimidade. Uma discussão ética é fundamental, no momento em que uma relação envolve um jogo de responsabilidades, compromissos, envolvimento, solidariedade e, especialmente, quando se trata dessa proximidade dos profissionais com a vida da família, onde o cuidado profissional se aproxima, sobremaneira, da região dos bastidores deste viver, isto é, da dimensão mais íntima da vida familiar.

Nesse processo de vinculação, há um duplo jogo que vincula quem vem *de fora* com a interioridade da família e, por outro lado, a família com quem vem *de fora*; pode emergir aí, de um lado, um jogo de apropriação da equipe sobre o viver familiar, normatizando ou disciplinando e controlando os seus hábitos, o seu agir e, muitas vezes, também o seu pensar, mutilando assim a sua autonomia e fragilizando o seu potencial, no cuidado de si. Por outro lado, um profissional vinculado à família, que ultrapassou a condição de *estranho*, adquiriu o *status* social de *visita* e conquistou o patamar da intimidade familiar, pode ter a sua vida pessoal na comunidade sujeita ao olhar controlador da família, ferindo a sua liberdade particular. Por ser este um jogo extremamente complexo, imbricado fortemente por relações de poder, ele precisa ser analisado na perspectiva de uma situação assistencial que ocorre em um cenário social particular, envolvendo relações pessoais, sociais e institucionais.

No momento em que a equipe PSF ingressa no território da vida familiar e passa a conviver com as suas questões mais íntimas e pessoais, transformando-as em categorias técnicas na ordem dos problemas ou necessidades de saúde, incorporando-as a uma amostragem estatística, travestindo-as em códigos e siglas sob um linguajar científico e impessoal, ela se apropria, de um certo modo, desse espaço e, muitas vezes, sem poder oferecer a garantia institucional de respostas resolutivas e melhorias efetivas nas condições de saúde dessa família. Nesse caso, o processo assistencial poderá caracterizar-se em uma devassa da intimidade familiar, vindo, então, a desapropriar a família de uma dimensão particular e altamente significativa do seu viver, sem uma clara perspectiva de ajuda ou complementaridade para as questões ali detectadas. Essa desapropriação é configurada no momento em que o controle deste espaço começa a escapar do domínio da família, passando os seus assuntos íntimos a fazerem parte de um padronizado corpo de dados institucionais. A sua intimidade é desnudada ao olhar público sem que isso, muitas vezes, seja revertido em um bem para sua saúde. Uma vez, tornando-se propriedade de domínio público, a intimidade exposta, sem uma perspectiva assistencial definida, remete a uma discussão ética extremamente importante sobre o que deve ser exposto: **Por que ? Para que? Onde? Como? Ante os olhos de quem?**

Giddens (1993, p.208) quer crer que: *A intimidade não deve ser compreendida como uma descrição interacional, mas como um aglomerado de prerrogativas e de responsabilidades que definem os planejamentos da atividade prática.* Isso me leva a pensar que a questão da resolutividade passa, antes de tudo, por uma discussão ética. Abrir aqueles arquivos resguardados e protegidos à meia-luz na intimidade de uma alcova e sujeitá-los ao olhar de um *estranho* – que disciplina, normatiza, controla e nem sempre pode assegurar a sua

resolução – ao invés de uma relação solidária, de complementaridade e co-responsável, traduz em uma apropriação indevida de um espaço existencial. Na concepção de Giddens, quando se trata da intimidade, as interações que ali ocorrem não devem ficar circunscritas a si mesmas, pois necessitam estar voltadas para o planejamento de uma ação ou, referindo-me ao plano da assistência à saúde, para uma resolução. Somente nesse caso podemos falar de uma assistência responsável. Por outro lado, a simples exposição dos arquivos íntimos da família sustentada por relações que não extrapolam o plano interativo ou social – ou seja, que não resultam em uma ação que traga benefícios para a saúde dessas pessoas – altera a própria natureza da intimidade, vindo a destituir os indivíduos do direito de existir, com plenitude, nessa dimensão. Isto estaria ferindo a própria ordem pessoal democrática que, segundo o autor, é um princípio ético fundamental nas inter-relações que transitam no plano íntimo.

Em uma relação democrática há que se estabelecer, respeitar e cumprir os direitos e os deveres de cada uma das partes; isso quer dizer que os papéis dos profissionais e o papel da família devem estar claramente presentes no desenvolvimento de um encontro assistencial que tem por *locus* o espaço da intimidade familiar.

O vínculo social é imprescindível no movimento de aproximação da equipe, na condição inicial de *estranho*, na ritualização da passagem da rua para casa, conforme Da Matta (1990); esse vínculo é o laço que mantém a proximidade social e cultural entre a equipe e a família, facilitando a sua comunicação emocional, a abertura de si para o outro. No entanto, um processo assistencial requer que se extrapole o sentido de um convívio social e se avance, objetivamente, em direção à identificação, discussão, encaminhamentos e resolução das questões de saúde da família, o que implica no estabelecimento de acordos solidários e comprometidos com a saúde da família e nos remete, diretamente, à questão da responsabilidade profissional.

Quero crer que um vínculo responsável é construído sobre as bases do respeito à autonomia, motivado por uma necessidade de saúde da família, com a garantia de trazer benefícios para as suas condições sanitárias.

Quando falo de autonomia me reporto à ordem pessoal democrática, referida anteriormente, definida por Giddens (1993) como uma *capacidade de auto-reflexão e autodeterminação* que possibilita aos indivíduos a deliberação, o julgamento, a escolha e a ação ante os diversos cursos de ação possíveis (GIDDENS, 1993, citando HELD, 1986). O autor esclarece que as condições de realização da autonomia devem ser asseguradas no processo de tomada de decisões e induções dos resultados: igual valoração das preferências expressas de cada indivíduo, oportunidades de participação efetiva com a criação de

mecanismos que permitam que as suas vozes sejam ouvidas, debates abertos e discussões que oportunizem que a “*força do melhor argumento*” seja preponderante e que se possibilite arranjos institucionais com o intuito de medir, negociar e cumprir os compromissos.

Dessa forma, segundo o autor, pode ser vislumbrado o desenvolvimento de uma estrutura ética em uma ordem social democrática, direcionada pelo princípio da autonomia, que é o componente substantivo essencial desses processos.

A democracia não precisa, necessariamente, ser uniforme; ela convive muito bem com o pluralismo e é, justamente, no princípio da autonomia que as diferenças são estimuladas, onde o respeito à alteridade se faz presente. Uma ordem democrática contesta o privilégio, definido como: [...] *a manutenção de direitos ou bens aos quais o acesso não é fácil nem igual para todos os membros da comunidade*. (GIDDENS, 1993, p.205). Continua o autor:

“[...] *os indivíduos devem ser livres e iguais na determinação das condições de suas próprias vidas; ou seja, devem desfrutar de direitos iguais (e, em consequência disso, de deveres iguais) na especificação da estrutura que gera e limita as oportunidades a eles disponíveis, desde que não desenvolvam esta estrutura para negar os direitos dos outros*”. (GIDDENS, 1993, p.203, citando HELD, 1986).

No contexto da situação assistencial domiciliar, o vínculo entre a família e a equipe PSF precisa, então, ser constituído sobre essa ordem política democrática que rege as relações devendo, no entanto, extrapolar a condição de um convívio social. Giddens (1993) define esse tipo de relação, que ele denomina de *relacionamentos puros*, como um vínculo emocional entre as pessoas que se caracteriza pela proximidade e pela continuidade dos relacionamentos. Esta é uma situação em que as pessoas se encontram em uma relação social, somente pela própria relação em si, e que perdura enquanto ambas as partes constatarem usufruir um nível de satisfação individual suficiente que compense a sua manutenção.

Quero dizer que um relacionamento pessoal/social é imprescindível para conquistar e manter a proximidade humana, afetiva e cultural entre a equipe e a família, mas também é preciso construir relações institucionais resolutivas para que esse encontro se caracterize em um processo assistencial com caráter profissional.

Elias e Scotson (2000) realizaram um estudo etnográfico em uma pequena cidade, no interior da Inglaterra, observando as interações que ocorriam entre o grupo estabelecido no local e um outro grupo a quem denominaram *outsiders*, referindo-se a um grupo de fora que acabava de chegar na cidade. Os autores também constataram, nas interações entre esses dois grupos de pessoas, um duplo vínculo que era, extremamente, suscetível ao grau de valor e à finalidade que a presença dos *outsiders* tinha para o grupo estabelecido. No caso em que os

*outsiders* não tinham uma função específica e se encontravam, simplesmente, no caminho do grupo estabelecido, eram freqüentemente ignorados ou eliminados; ao passo que quando os *outsiders* eram considerados necessários de algum modo pelo grupo estabelecido, com uma função definida, a dupla vinculação se fortificava, as dependências diminuía e o poder tendia, levemente, a favor dos *outsiders*.

Do ponto de vista da estrutura ética, quando se fala sobre os domínios dos relacionamentos construídos a partir de uma ordem social democrática, imediatamente são evocados outros dois princípios: da responsabilidade e da confiança.

## 8.2 AS APROXIMAÇÕES ÉTICAS - NO COMPLEXO JOGO RELACIONAL ENTRE CO-RESPONSABILIDADES E CO-DEPENDÊNCIAS

O processo de co-responsabilização pela saúde da família se encontra, explicitamente, declarado no discurso do PSF e parece haver sido incorporado pela equipe no desenvolvimento do processo assistencial, estando, intrinsecamente, ligado ao dever profissional. Todavia, existem muitas dúvidas e questionamentos por parte da equipe sobre a extensão ética de um envolvimento responsável com a saúde da família, quando se trata de atender a compromissos que são pessoais e, por sua natureza, também institucionais.

A família considera-se e é considerada pelos profissionais como a primeira e maior responsável pela saúde da família. Entretanto, apesar de a equipe PSF considerar-se um complemento importante a integrar o processo de cuidados familiares no campo da saúde, ela alimenta, subliminarmente, a crença de que a família necessita e depende dos cuidados profissionais para resolver os problemas relacionados a esse assunto. Isso é revelado nas entrelinhas, quando a equipe acredita que os cuidados de saúde prestados pela família, fundados no saber popular, são geralmente inadequados e que eles necessitam de uma orientação profissional para que se tornem apropriados. Essa vigilância profissional sobre a família, muitas vezes criticada por ela, pode vir a configurar uma relação de submissão, dependência e controle, confirmando a supremacia e a autoridade da norma, vindo a reduzir, sensivelmente, os campos decisórios da família sobre a sua saúde. Sentindo-se então necessária, a equipe movimenta-se, constantemente, no sentido de uma aproximação pessoal/social/profissional com a família, procurando conquistar uma relação de confiança com esta. O fato de freqüentar o domicílio, entenda-se, o espaço da intimidade familiar, e conviver com a família neste âmbito, em uma situação assistencial, gera na equipe um senso

de responsabilidade para com a sua situação de saúde. Isso significa que obter a abertura da família para acessar seus arquivos íntimos, origina, automaticamente, um envolvimento e um compromisso com a sua saúde e com o seu viver.

Quando a equipe, em especial os ACS's, considera ser de sua responsabilidade *tudo e qualquer coisa que aconteça com a família*, isso me leva a pensar que existe uma diluição de fronteiras e de domínios nessa relação; os papéis das partes não estão definidos claramente e, tampouco, os objetivos assistenciais, o que é claramente reconhecido pelas famílias. Na intenção de corresponder à confiança da família, ou seja, *honrar o compromisso assumido com a família*, a equipe – sensibilizada, envolvida e comprometida – muitas vezes lança mão de atitudes filantrópicas em gestos isolados de solidariedade, em tentativas frustrantes e solitárias de uma ajuda pessoal que estão geralmente além de suas condições profissionais e particulares. Procura, dessa forma, amenizar os problemas que ela mesma identificou e evidenciou no seio da intimidade familiar e, para os quais, o sistema não oferece uma resposta favorável, havendo, nesse caso, uma importante distorção na relação de ajuda. Em uma conotação ética, isso parece significar que a co-responsabilização dos profissionais para com o processo de saúde da família só poderá ocorrer efetivamente quando houver, conjuntamente, uma co-responsabilização da instituição e do sistema a que ele representa. Caso contrário, pode estar sendo caracterizada uma relação de co-dependência no lugar daquilo que é preconizado como co-responsabilidade, abalando, substancialmente, o princípio da autonomia da família.

A partir da concepção de Giddens (1993), creio que a autonomia se constitui na linha mestra a nortear os relacionamentos que são construídos no bojo da situação assistencial. A condição de se relacionar com outras pessoas de um modo igualitário é fundamental no direcionamento de todo o processo. Nessa concepção, o respeito pelas capacidades do outro está, intrinsecamente, ligado a uma ordem democrática. Esse autor crê que, no exercício da autonomia, o indivíduo é capaz de reconhecer que o desenvolvimento das potencialidades do outro não significa uma ameaça para si, mas configura os limites pessoais que são necessários para uma administração positiva dos relacionamentos entre família e equipe PSF.

Na linha de pensamento de Giddens (1993), para manter uma *segurança ontológica* uma família co-dependente necessitaria da equipe para definir as suas carências e, por outro lado, para elaborar as suas definições e atitudes ela estaria dependendo do senso de alteridade dos profissionais; contudo, isso não a levaria a reconhecer a natureza de sua dependência. Nesse tipo de relação, os indivíduos buscam encontrar a própria identidade por meio de um

jogo de ações e necessidades de outras pessoas, o que significa que as necessidades ou carências da família podem vir a gerar um sentimento de autoconfiança nos profissionais e, por outro lado, a insegurança, a sujeição, a vergonha e a dúvida nelas próprias. Para extrapolar esse tipo de relação é essencial que se estabeleçam, claramente, os papéis e limites da relação de ajuda, definindo o que cabe a quem e até onde, a fim de neutralizar uma *identificação projetiva*, característica de um elo co-dependente.

As relações que percorrem o território da intimidade familiar devem presumir, continuamente, a preservação da autonomia porque podem, facilmente, cair no plano de uma co-dependência. O ato de auto-revelar-se ao outro, abrir as questões que são resguardadas no mundo íntimo, evoca a confiança do outro; isso significa que partilhar dos segredos da família requer que a equipe se demonstre continuamente confiável, mantendo ou reconquistado essa relação ao longo de todo o processo assistencial, como uma forma de “honrar” o voto de confiança que lhe foi atribuído no processo de abertura. A família, por sua vez, monitora esse processo, controlando as atitudes dos profissionais dentro e fora de seu domicílio no intuito de testar o seu nível de confiabilidade. Esse tipo de relacionamento cria laços de necessidades e dependência mútua, dentro de um rigoroso e desgastante sistema de controle. Diferentemente, numa relação co-responsável a confiança renuncia ao controle das necessidades e das atividades em um modelo particular; conforme Giddens (1993, p155), [...] *as pessoas crescem separadas*. Isso geralmente requer uma alteração na distribuição do poder que perpassa uma situação assistencial. O autor nos diz que o respeito à autonomia é uma condição imprescindível para um diálogo aberto que, por sua vez, é o meio de expressão das necessidades dos indivíduos. Quando se fala em uma relação co-responsável e não co-dependente, é preciso questionar a que tipo de necessidade estamos nos referindo nesse contexto.

As necessidades se encontram ligadas a uma ordem de normatividade e, segundo Caguilhem (1995), em um sistema social as normas são relativas umas em relação às outras, segundo uma certa organização de uma *unidade em si, senão por si e, para si*. Assim, a família segue um sistema de normas, legitimado pela sua própria cultura e experiência de vida, que estabelece um determinado padrão de normalidade em seu estado de saúde, determina os critérios de risco e gravidade para os seus problemas e, conseqüentemente, orienta as suas decisões sobre o sistema de cuidados necessários, a ser acionado em uma dada situação de saúde/doença. Um encontro assistencial pode, então, se constituir em um encontro, confronto ou desencontro entre diferentes sistemas normativos, ou seja, o sistema de



normas vigente na família e aquele que entra em seu espaço vital acompanhado da autoridade sanitária. Por conseguinte, podem ocorrer encontros, confrontos ou desencontros entre os critérios que estabelecem as necessidades de saúde da família e aqueles que orientam os profissionais.

As famílias, por sua vez, parecem não desejar abrir mão da sua autonomia e manifestam a sua resistência à autoridade da norma técnica, em determinados momentos de um modo aberto e, em outros, de uma forma velada. Quando percebem os seus saberes e a sua lógica afrontados pelo poder da norma científica, na grande maioria das vezes elas abrem uma perspectiva de negociação incorporando uma *representação de fachada*, como explica Goffman (1985), procurando, assim, evitar um confronto aberto com a autoridade em saúde. Na *região dos bastidores*, na dinâmica da sua vida familiar cotidiana e longe do olhar do *estranho* que vigia e controla, elas pensam, decidem e agem de acordo com aquilo que faz sentido ao seu próprio sistema de referência normativo. Dentro desse contexto elas exercitam seu poder, na esfera do seu saber e fazer que é legitimado culturalmente. As famílias se apropriam, assim, do *cuidado de si*, como sujeitos de um saber instituído pela sua cultura. Elas não expressam objetivamente uma intenção de aferir ao conhecimento técnico da equipe, um *status* que ultrapasse a condição de um complemento importante, que as auxilia e consubstancia as suas decisões sobre os cuidados de saúde.

Foucault (1995) esclarece que o poder é exercido justamente em meio a essas relações; trata-se de um jogo entre os indivíduos ou entre grupos, vistos como parceiros em meio a um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras; aí se manifestam as resistências que estabelecem os micro-poderes do viver cotidiano que, por sua vez, constituem os indivíduos como *sujeitos de si* no exercício da sua autonomia.

No pensamento de Foucault (1998), as sociedades têm os seus regimes de verdades, em que acolhem determinados discursos validando-os como verdadeiros e, nesse sentido, elas dispõem de técnicas e procedimentos que têm uma ordem de valor voltada exatamente para a afirmação dessas verdades. Foucault (2000) explica que o saber que produz e é elaborado nas relações de poder é um elemento fundamental na construção e na comunicação dos signos nas sociedades, e o processo de significação é construído e comunicado, sancionando o regime de verdades que está sendo acolhido. Os sistemas de poder que transitam nos sistemas culturais controlam e delimitam a circulação e a adoção de seus discursos.

Um sistema de saberes, que tem expressão na ritualização da palavra, qualifica e fixa papéis para os sujeitos que falam. No processo de apropriação do discurso e no uso de seus

poderes e saberes pode constituir-se um sistema de sujeição. Neste particular emerge a ética do conhecimento; na relação do sujeito com a verdade, a vontade e o poder, se alia a questão do pensar, ser e agir, na constituição de um sujeito moral das suas ações. (FOUCAULT, 2000)

No meio profissional, o saber técnico/científico geralmente desfruta de uma pretensa superioridade e autoridade ante o saber popular das famílias, e o jogo de relações de poder que se instala no encontro assistencial pode incluir, estrategicamente, esse jogo de sujeição por parte dos profissionais de saúde. Isso é caracterizado no adestramento dos cuidados de saúde, a partir das interpretações dos discursos técnico-científicos, normatizando o viver familiar e, conseqüentemente, separando, comparando, distribuindo, avaliando, hierarquizando o pensar e o agir das famílias. Neste cenário, o encontro assistencial pode ser compreendido como uma verdadeira *arena de ação dos sujeitos* onde se induz e se produz o saber e o fazer, onde se seduz e se resiste em nome do *cuidado de si*, enfim, onde se dá o exercício do poder (MACHADO, 1998). Em meio à dinâmica dessas relações, poderá chegar-se a um real encontro entre os diferentes regimes de verdades; a abertura de si para o outro poderá resultar em uma autêntica negociação e aí, nessa arena assistencial, estará sendo gerado um novo tipo de saber e fazer, partindo de um consenso consciente sobre diferentes verdades, constituído sobre relações éticas e, fecundamente, co-responsáveis.

Uma relação de co-responsabilidades pela saúde da família pressupõe, nessa ótica, uma real parceria entre saberes e ações. Nessa dinâmica interacional, família e equipe constituem-se em *sujeito de si* através de processos de regulação e auto-regulação, ou seja, no exercício da liberdade; durante todo o fluxo do processo assistencial, ambos se mantêm como sujeitos em ação, em uma atitude de abertura ao outro, no domínio de um campo de respostas, reações e efeitos, buscando continuamente uma relação de complementaridade. Como atores sociais, que estão em diferentes posições enquanto sujeitos, família e equipe criam possibilidades de agir sobre a ação do outro, ou seja, resistir de forma inventiva, móvel e produtiva, buscando sempre alcançar um melhor estado de saúde para a família, em um jogo de parcerias e negociações (FOUCAULT, 1988b).

A autonomia do ser humano nunca é absoluta pela presença constante de um duplo sentido de sujeito, ora sujeitoado e ora sujeitador, que transita por entre um circuito de relações permanentemente ativas e tensas. As interações humanas fluem continuamente *de e entre* poderes que são onipresentes porque estão em todos os lugares, emanam de múltiplas fontes produtoras, e que também são produzidos nessas relações em todos os instantes. Esse jogo interativo posiciona os indivíduos no exercício do poder, bem como em posição de sofrer a

sua ação. Esses indivíduos são concebidos como centros de transmissão de poder e não de maneira inerte ou repressiva; o poder não pode ser pensado como algo que é adquirido, possuído, mantido ou arrebatado por ser um fenômeno que só ocorre na ação, nas relações interpessoais (FOUCAULT, 1988a).

Nesse contexto, a família não pode ser pensada, senão em uma situação social, assumindo posições de resistência em confronto com a norma, com o controle, enfim, com o poder. As relações que permeiam o encontro assistencial devem possibilitar à família alcançar uma distância necessária da ordem estabelecida pelos profissionais para poder agir; ou seja, um olhar mais distanciado da norma, do controle, é a alavanca que permite o seu deslocamento para uma ação consciente.

A família/sujeito não está representada nas instituições ou na ideologia, mas de maneira simultânea nas relações sociais e na consciência de si; e nesse processo se constitui a sua própria realidade através do discurso e da ação, onde estão imbricadas e emaranhadas as redes de poder.

Com isso, quero afirmar que a concepção de família não pode ser construída sobre uma visão “familiocêntrica” no contexto de uma sociedade, ou seja, fechada em si mesma, como se vivesse em um *vazio comunitário*, com uma estrutura independente. (ELIAS; SCOTSON, 2000). No bojo de suas relações, decisões e ações, transparece continuamente a interdependência entre a estrutura familiar e a estrutura comunitária. Especificamente no PSF, os dispositivos sociais das comunidades são, constantemente, chamados a interagir com a família e vice-versa, o que fortalece a integração entre essas duas estruturas. Essa compreensão amplia as fronteiras sociais e alarga a margem de possibilidades e recursos nos cuidados de saúde da família, fortalecendo-a como *sujeito de si*.

A interlocução entre a família e os segmentos sociais com os quais ela se integra, entre os quais se encontra o serviço de saúde, deve ser estabelecida sempre sobre uma base de co-responsabilidades, sustentada pela consciência ética de seus interlocutores. Essa questão está, intimamente, ligada com uma relação de confiança. O conjunto das relações éticas, fundamentadas no princípio da co-responsabilidade e exercido através de relações de confiança, compõe um dos principais eixos de sustentação da ordem pessoal democrática que permeia o processo assistencial domiciliar.

### 8.3 A CONFIANÇA NA DIMENSÃO DE UMA VIVÊNCIA ASSISTENCIAL – NA INTIMIDADE FAMILIAR

A responsabilidade e a abertura para o outro geram a confiança. Este é um princípio de significado relevante nas relações assistenciais que atravessa, continuamente, todo o processo de assistência à saúde no domicílio. A confiança é, também, um dispositivo de proteção no campo ético que estabelece a ordem pessoal democrática nas relações entre família e equipe, no seio da intimidade familiar, como postula Giddens (1993). Nas palavras do autor (p.209): *A confiança sem responsabilidades pode tornar-se unilateral, ou seja, cair na dependência; a responsabilidade sem confiança é impossível, porque significaria o escrutínio contínuo dos motivos e das ações do outro.*

Quando me refiro à confiança quero crer, como Giddens (1993), que isso inclui a confiabilidade do outro, tal qual um crédito que não exige uma verificação ou inspeção continuada. Trata-se do reconhecimento da integridade pessoal do outro. O autor refere que a *confiança básica* construída em circunstâncias estáveis de auto-identidade e ambiente circundante se traduz em uma *segurança ontológica*, que deriva da confiança pessoal e que inclui, também, uma necessidade de confiar no outro (GIDDENS, 1991, p.117).

Giddens (1991) define a confiança a partir de duas grandes dimensões: a esfera pessoal e a esfera dos sistemas abstratos. A primeira está, intimamente, ligada a situações em que a construção do eu passa a ser um *projeto reflexivo*; a segunda diz respeito à área de segurança que as instituições modernas proporcionam à vida cotidiana.

*[...] A confiança nas pessoas é erigida sobre a mutualidade de resposta e envolvimento: a fé na integridade de um outro é uma fonte primordial de um sentimento de integridade e autenticidade do eu. A confiança em sistemas abstratos contribui para a confiabilidade da segurança cotidiana, mas por sua própria natureza ela não pode fornecer nem a mutualidade nem a intimidade que as relações de confiança pessoal oferecem. (GIDDENS, 1991, p.117, citando ERICKSON).*

A confiança pessoal é um *projeto* que deve ser **trabalhado** por ambas as partes, buscando a constituição dos sujeitos de uma maneira autônoma e responsável; trata-se de algo a ser conquistado, na condição de uma abertura mútua, como diz Giddens (1991, p.123): *[...] um processo mútuo de auto-revelação.* Manifestações de abertura, cordialidade e respeito retroalimentam esse processo no decorrer do processo assistencial, renunciando ao controle de um sobre o outro, que caracteriza uma relação co-dependente.

A partir da explanação de Giddens (1991), trago à cena a complexa situação relacional que cabe à equipe PSF estabelecer com a família, em uma situação assistencial no domicílio.

A família e a equipe constroem um vínculo pessoal/social e, concomitantemente, estão ligadas por um vínculo institucional – pela própria natureza profissional do encontro, como referi anteriormente. Isso quer dizer que a equipe busca estabelecer com a família laços de confiança pessoal e, ao mesmo tempo, como o interlocutor do sistema de saúde responde, de uma certa forma, por uma relação de confiança de um sistema abstrato. Essa dualidade relacional é extremamente complexa, pois o nível de confiabilidade no plano pessoal pode ser, imensamente, afetado pela falta de confiabilidade e credibilidade na dimensão institucional. Esse fato é corroborado pelo autor, ao declarar que há um profundo entrelaçamento da vida pessoal e social das pessoas com os sistemas abstratos, ou seja, os grandes sistemas – como no caso o sistema de saúde – afetam sobremaneira os laços sociais que se formam na vida pessoal cotidiana. Há uma real falta de domínio dos indivíduos sobre determinadas circunstâncias em seu mundo particular. Isso decorre de um efeito globalizante que se intensifica, à medida que a sociedade se volta para a gestão do controle. Essa situação gera grandes tensões e conflitos para a equipe. No encontro assistencial domiciliar, ela entra no território da intimidade familiar em nome do sistema de saúde, parte para a conquista de uma relação de confiança pessoal para poder identificar, avaliar, categorizar e hierarquizar a situação de saúde da família; torna-se, nesse processo, co-responsável na busca de soluções para os seus problemas, mas já antevendo, muitas vezes, que não poderá responder satisfatoriamente pela instituição. Com isso, a família passa a colocar sob suspeita a confiabilidade do sistema a que ela representa, e questiona, também, a sua credibilidade pessoal.

Giddens (1991) alerta que uma situação social que envolve essa dualidade nas relações de confiança pode comportar riscos de significativas consequências. Nesta sociedade onde, praticamente, já não há mais **outros** e onde ninguém pode ficar absolutamente **de fora**, essas relações podem, potencialmente, interpor-se no âmago da vida cotidiana de modo a desabilitá-la ou, então, reabilitá-la, favorecendo a *apropriação positiva* de determinados espaços do mundo particular. Nesse sentido ele afirma:

*Confiança e risco, oportunidade e perigo – estas características polares, paradoxais, da modernidade permeiam todos os aspectos da vida cotidiana, mais uma vez refletindo uma extrapolação extraordinária do local e do global.*  
(GIDDENS, 1991, p.147-8).

A partir do que foi proposto por Giddens (1991, p.140-1), destaco três **estruturas de vivência** fundamentadas na confiança, que foram reconhecidas nas relações assistenciais entre a equipe PSF e a família no desenvolvimento de um encontro assistencial domiciliar:

**Deslocamento e re-encaixe** – há um deslocamento da estrutura relacional, no momento em que a equipe vivencia a ambivalência no estabelecimento das relações de confiança ou, como refere o próprio autor, *uma vivência de camada dupla*. A tessitura relacional e espacial é alterada constantemente, conjugando aproximações e distanciamentos, tornando complexa a relação entre familiaridade e estranhamento. Há constantes oscilações entre sensações gratificantes, quando as relações se aproximam (no plano pessoal), e sensações perturbadoras, quando elas se distanciam para um tempo-espço indefinido (no plano institucional). As fronteiras entre revelar e ocultar se alteram constantemente. Essas mesmas relações, em um movimento dialético, possibilitam novos encaixes e, através de recomeços e reconquistas, a equipe re-insere-se nesse processo que é, constantemente, recriado com a família.

**Intimidade e impessoalidade** – no encontro assistencial, as fronteiras do espaço íntimo do domicílio são estabelecidas pela família, em uma relação direta com os níveis de deslocamento e de re-encaixe, resultantes das alterações das relações de confiança que eles pressupõem, em relação à equipe PSF/Sistema de Saúde. A confiança é sempre ambivalente e a possibilidade de rompê-la se encontra, sempre, muito presente. Isso implica no fato de que o íntimo pode voltar a se tornar, subitamente, um *estranho*; os laços de intimidade podem retornar à condição de impessoalidade. Para o estabelecimento da confiança pessoal entre família e equipe, deve haver por parte dos envolvidos, *auto-entendimento e auto-expressão*, uma definição interior, uma segurança interna para poder abrir-se ao outro, o que gera uma tensão psicológica, principalmente para a equipe, pela profunda complexidade desse processo. A abertura da vida pessoal, do mundo particular da família perante a equipe, só ocorre a partir de uma relação de confiança pessoal. No entanto, para confiar na equipe, a família requer em contra-partida algumas garantias profissionais/institucionais. A equipe assim deve responder a esse voto de confiança através de um processo assistencial eficaz, ou seja, a sua presença profissional no domicílio familiar deve reverter em um bem real para as condições de saúde da família. Isso quer dizer que a abertura e a confiança pessoal da família dependem, também, da credibilidade institucional. O estabelecimento da confiança pessoal exige a auto-revelação mútua, onde são abertos as intenções, os objetivos, as propostas e os papéis dos profissionais, e as expectativas, ansiedades, necessidades ou problemas de saúde da família; ainda nessa etapa são firmados os acordos e compromissos entre as partes. Essa auto-revelação, no entanto, requer em contrapartida uma exigência de reciprocidade e apoio. Aqui se entrelaçam a confiança da família na equipe com a condição de co-responsabilização profissional/institucional na resolução dos seus problemas de saúde; ou seja, ela confia na equipe desde que ela possa contar com o seu efetivo apoio para uma melhoria das suas

condições de saúde. Com muita frequência, diz Giddens (1991), ocorrem incompatibilidades entre auto-revelação mútua e reciprocidade e apoio.

**Perícia e re-apropriação** – no jogo entre saberes e poderes – sobre os cuidados de saúde – que se instala em um encontro assistencial, a confiança é uma peça fundamental a nortear os rumos terapêuticos e as próprias relações entre equipe e família. Há que se compreender que esse encontro não comporta saberes, absolutamente, separados e incompatíveis. O conhecimento das famílias tem a grande contribuição do saber popular, mas também tem assimilado um conteúdo razoável do pensamento técnico/institucionalizado. Para desenvolver os seus cuidados de saúde, a família re-apropria-se do saber popular por meio da sua vivência cultural e, também, do saber técnico, por meio dos seus contatos institucionais e também através da mídia, da literatura e das relações sociais na comunidade. O fazer das famílias não é sustentado por um conhecimento cujo processo é de *mão única*, emprestando o termo utilizado por Giddens (1991). Os conhecimentos – popular e técnico – sofrem um processo de filtragem sob os critérios da experiência de vida. Um tipo de saber, popular ou técnico, que obteve sucesso na prática é um saber confiável, o que o autor denomina de *filtragem retroativa*. O nível de confiança da família no interlocutor de determinado saber influencia o processo de re-apropriação daquele conhecimento e também a sua credibilidade. Assim não se pode afirmar que existe, exatamente, um processo de colonização de um conhecimento sobre outro, pois os processos de re-apropriação dos conhecimentos ocorrem em todos os aspectos da vida social em diferentes momentos e situações. O que importa é que a família tenha assegurado o direito de decidir e optar pela re-apropriação de um ou de outro saber, ou até, de criar uma nova forma de cuidar de sua saúde.

A família deseja o voto de confiança da equipe PSF a respeito de suas decisões e nas suas opções sobre como, onde e quem deve cuidar de sua saúde em diferentes momentos, situações e contextos de vida. Nessa relação, a confiança pessoal encaminha o processo de abertura ao outro ante uma postura profissional que expresse o respeito à alteridade.

Como já foi mencionado anteriormente, o estabelecimento de relações de confiança, a abertura ao outro gera um senso de compromisso, de co-responsabilidade na equipe em relação à saúde da família e, por outro lado, o reconhecimento de uma postura responsável da equipe leva a família a sentir-se mais segura e confiante quando sente a necessidade de tornar mais íntimo o diálogo com os profissionais. O nível de confiabilidade da equipe tem uma relação direta com a ordem do sigilo que ela mantém em relação aos assuntos confidenciais. O caráter confidencial da relação confere à família a garantia de uma preservação daquilo que, em confiança, revelou para a equipe PSF; em outras palavras, é uma forma de a família se

proteger contra uma revelação não autorizada da equipe a respeito daquilo que lhe foi exposto no plano íntimo e particular. (GOLDIN, 2002).

Quando se fala do plano íntimo da família/sujeito e unidade de *cuidados de si*, e do caráter confidencial de suas relações com os profissionais de saúde, é preciso situar, *a priori*, os limites da ética pessoal e da ética familiar que se encontram, por vezes, obscuros e entrelaçados no plano das relações assistenciais. O que deve ser mantido sob sigilo, perante quem e onde no interior da própria família? Será um determinado membro da família o porta-voz legítimo dos demais para revelar um segredo de família? O que pode ou deve ser revelado à instituição em nome da saúde da família? Estas são questões que dão um tom de alta complexidade ética às relações assistenciais que ocorrem no domicílio familiar.

#### 8.4 FRONTEIRAS ÉTICAS NAS RELAÇÕES QUE TRANSITAM ENTRE O ÍNTIMO FAMILIAR E O ÍNTIMO INDIVIDUAL

O sigilo profissional é tido como um estandarte que acompanha todos os membros da equipe PSF, em qualquer instância do exercício profissional. A revelação dos assuntos mantidos sob a condição de confidência ou *desabafo* por membros da família só parece ocorrer sob expressa orientação de seu relator. Quando esta é uma condição claramente definida como confidencial, há imediatamente, por parte da equipe, uma postura sigilosa em torno do assunto. No entanto, em contato com o ambiente íntimo da família no espaço domiciliar, a equipe percebe (vê, ouve) certos aspectos não postos sob a condição confidencial expressa pela família, e que são relatados à instituição em nome da sua saúde, sem o seu conhecimento e autorização. Dizendo de uma outra forma: por vezes, os problemas e/ou necessidades de saúde da família são reportados à instituição, quero dizer, transmitidos a outros membros da equipe sob a forma de relato oral, sem uma determinada triagem daquilo que é, realmente, importante e necessário ser revelado para o bem da saúde familiar. O relato daqueles assuntos que necessitam de assistência institucional é acompanhado, muitas vezes, por extensas narrativas de cunho social e, por vezes, até de caráter íntimo a partir de observações feitas no domicílio, sem que haja um acordo aberto com a família sobre a condição de confidencialidade desse fato. Penso que esse tipo de situação se configura em um complicador ético, extremamente complexo, em uma situação assistencial domiciliar.

A convivência ética da equipe PSF com a família em um espaço – que é por sua natureza ligado à intimidade – é altamente complexa, porque aí, muitas vezes, aspectos da intimidade familiar se auto-revelam nas relações que ali ocorrem, nos objetos que ali se



mostram, nas atitudes dos seus membros. Esse trânsito da equipe por entre a dimensão obscurecida da intimidade familiar – cujos fragmentos, momentaneamente, se iluminam, espontânea e sutilmente diante de seus olhos como uma expressão do próprio contexto espacial e relacional da dinâmica íntima familiar – podem ser automaticamente assimilados pelos profissionais e integrar o processo assistencial, ainda que não sejam uma manifestação narrada pela família. Esse tipo de preocupação pode levar a família a estabelecer com a equipe uma relação assistencial do tipo – *representação de fachada* – descrita por Goffman (1985), abordada neste trabalho em capítulo anterior. Sob essa forma relacional, a família pode estar desejando proteger, do olhar da equipe, aquilo que pode se auto-revelar na *região dos bastidores*; assim, ela prepara cuidadosamente um cenário domiciliar que pode ser exposto a quem vem *de fora*, sem correr o risco de revelar “involuntariamente” aspectos da sua intimidade que podem ser captados através do olhar observador e normativo dos profissionais.

Isso também pode ocorrer nas relações dos profissionais com a dinâmica organizacional interna da família. Na maioria dos casos, cabe à mulher representar a família durante um encontro assistencial domiciliar. Ela, enquanto cuidadora da saúde da família, legitimada culturalmente, assume esse papel, informando e respondendo sobre a saúde dos demais. Acreditando estar lidando com a família como uma unidade de cuidados à saúde, a equipe sente-se autorizada a discutir com a sua representante os problemas, as dificuldades e as necessidades dos diferentes membros, mesmo sem conhecer a lógica organizacional do campo íntimo familiar, ou seja, quais são os membros da família que incluem um plano íntimo mais próximo e quais aqueles que são mantidos em um nível mais distante e que não compartilham dos seus assuntos mais particulares. Primeiramente, é necessário compreender quem compõe o plano mais íntimo familiar – *a primeira família* – e quem se encontra na dimensão mais distante – *da grande família* –, o que esclarece sobre quem são os membros que compõem essa unidade de cuidados com maior nível de intimidade, cujos problemas de saúde são apresentados, na palavra do seu interlocutor, durante o encontro assistencial no domicílio. Isso quer dizer que é preciso saber, em uma primeira instância, quem compõe a família sobre a qual está se falando e que posição os membros ocupam nos diferentes níveis de convivência íntima. De um outro ângulo, há que ser discernido se um determinado assunto inclui o rol de das questões que integram um plano comum entre os membros que desfrutam a convivência mais íntima na família, e se o seu representante tem o aval dos outros membros para a sua revelação durante o encontro assistencial. Isso é, particularmente, importante, quando a revelação de um problema ou necessidade afeta, diretamente, um membro da família que não

compartilha de maneira presencial o diálogo assistencial nesse encontro e, muitas vezes, desconhece ou até desautoriza a sua revelação.

Este complexo trânsito da equipe PSF por entre essas fronteiras éticas faz com que ela compartilhe distintas dimensões da intimidade familiar, em diferentes momentos e situações. Há casos em que o seu processo de abertura junto à família é tão amplo – a comunicação flui de tal maneira – que o nível de intimidade entre família e equipe agrega o(s) profissional(ais) à categoria de “nós” ou *de dentro*, no plano de familiaridade. Em outros momentos, quando se reporta à instituição ela pode passar, na perspectiva da família, a uma condição que a distancia do plano mais íntimo – na categoria de “outros” ou *de fora*. Ressalto, então, a importância da afirmação e reafirmação contínua do papel do profissional na relação de ajuda que se estabelece no processo assistencial, perseguindo o princípio da co-responsabilização e a fim de neutralizar essa ambivalência que pode gerar uma relação de co-dependência.

De maneira semelhante, Elias e Scotson (2000, p.38) constataram, a partir do seu estudo com os grupos estabelecidos e os *outsiders*, na Inglaterra, que esses dois grupos eram compostos por seres humanos individuais. Constataram a importância de saber como e por que esses indivíduos percebiam-se uns aos outros, ainda que ligados a um mesmo grupo e como se incluíam, mutuamente, nas fronteiras grupais, adotando a categoria de “nós”, excluindo outros seres humanos a quem se referiam como “eles”, por pertencerem a um outro grupo, o que denominaram de *dimensão grupal diacrônica*. Nesse contexto, os membros das famílias mais antigas, estabelecidas no local, possuíam uma coesão que não era desfrutada por aqueles recém-chegados. Essas famílias tradicionais do local ligavam-se por um tipo de intimidade competitiva e ambivalente, organizavam-se dentro de uma hierarquia própria, sendo que cada um de seus membros tinha uma determinada posição delimitada hierarquicamente, em um certo momento, que era conhecida no exercício da prática social. Por outro lado, os membros das famílias antigas ligavam-se entre si através de laços afetivos, fundados em velhas amizades e antigas aversões, características de seres humanos que vivenciaram entre si um processo grupal de considerável duração.

Ao olhar a unidade familiar, suas inter-relações e interconexões no *cuidado de si*, dentro de um contexto assistencial sustentado pelo princípio da autonomia, questiono a natureza ética das relações que aí se constituem. Poder-se-ia falar, em determinadas situações, de uma ética voltada ao conjunto, centrada na unidade familiar, quando se sobressaem as questões que afetam, de uma maneira geral e uniforme, todos os membros de uma família, ou seja, um assunto de família. É essencial, no entanto, perceber os momentos em que o quadro familiar se apresenta sob uma configuração estritamente individual, tratando-se de segredos pessoais,

assuntos ligados a uma intimidade particular, que não podem ser discutidos amplamente, nem tampouco autorizados, pelo conjunto familiar. Quero, com isso, dizer que a unidade ou o conjunto familiar não deve eclipsar o espaço de liberdade individual, a autonomia do eu, dos sujeitos que constituem a família. Como refere Giddens (1993), os indivíduos devem ter recursos suficientes, de modo a participar do processo democrático de uma forma autônoma. Isso não supõe um sistema de isolamento ou separação dos membros de uma família, do seu contexto familiar como um todo. Existe uma possibilidade de negociação, respeitando a individualidade das partes. Através da comunicação, do respeito, do direito à decisão, há a possibilidade de um diálogo realmente representativo, um processo autorizado e ético, que contemple os desejos pessoais dos membros de uma família que se expresse também no seu conjunto.

Parece existir uma relação entre a visão que determinados membros da equipe PSF têm sobre sua responsabilidade profissional junto à família com a lógica que orienta o sentido do sigilo profissional na sua prática junto às famílias. No momento em que estes os consideram responsáveis *por tudo e qualquer coisa* que ocorra no viver da família, compreende-se a sua dificuldade em discernir aquilo que venha, absolutamente, a ser importante para a melhoria das suas condições de saúde, isto é, aquilo que realmente faz parte do contexto de saúde da família, e aquilo que extrapola esse campo e não lhes compete reportar a ninguém.

Retomo aqui a importância de uma definição objetiva do papel dos profissionais e das finalidades do processo assistencial domiciliar, de modo a balizar a abrangência dos domínios relacionados à saúde da família, que vêm a integrar o processo assistencial. Isto remete, automaticamente, à questão: quais são então os domínios da vida familiar, ligados à saúde, que devem ser visitados por profissionais do PSF?

## 8.5 A SITUAÇÃO ASSISTENCIAL COMO UM ESPAÇO DE SOLIDARIEDADE: O JOGO AMBÍGUO ENTRE COMPASSIVIDADE E RESOLUTIVIDADE

Conceitualmente, o PSF sustenta o apoio social à saúde da família através de redes sociais engajadas na mobilização de recursos e parcerias na promoção da saúde; no contexto da prática assistencial, percebe-se iniciativas incipientes nesse sentido. Todavia, prevalecem resquícios de uma visão *familiocêntrica*, definida por Elias e Scotson (2000) como uma desvinculação entre a estrutura familiar e a estrutura comunitária. Em certas situações, as famílias são percebidas como se existissem em um *vazio comunitário*. Essa visão revela-se, especialmente, no momento em que determinados membros da equipe enfrentam o conflito

que se estabelece ao perceberem-se comprometidos, profissional e pessoalmente, com as famílias que se encontram *sob a sua responsabilidade*, sem a co-responsabilização efetiva do sistema de saúde mais amplo. No intuito de corresponder às relações de confiança construídas com a família no âmbito da intimidade, membros da equipe PSF recorrem a ações isoladas, iniciativas caritativas de cunho pessoal movidas por sentimentos de compaixão, passando a criar vínculos compassivos e relações de co-dependência com a família. Dessa maneira, eles afastam as possibilidades de criar elos resolutivos, que atendam às garantias previstas na Constituição Brasileira. Os vínculos resolutivos demandam o acesso aos recursos sociais e de saúde disponíveis na comunidade e na sociedade, de uma forma geral. A descaracterização dos princípios de resolutividade e equidade nos vínculos estabelecidos entre a equipe e famílias pode gerar o deslocamento das funções profissionais/institucionais e, também, a desvalorização das redes sociais locais e do próprio Sistema de Saúde.

Paternalismo, assistencialismo, caridade em nome de um senso pessoal de humanidade que vem, de certo modo, compensar a “desumanização” da assistência institucionalizada? Nesse ponto, penso que é preciso aprofundar algumas questões que são inerentes a esta discussão: como e onde se entrelaçam as finalidades da própria sociedade e as finalidades objetivas e específicas dos profissionais de saúde – na definição da amplitude das questões relacionadas à saúde da família? Como se insere o senso de solidariedade no plano das relações assistenciais?

Inicialmente, creio ser importante situar os direitos da família no contexto assistencial da sua saúde. Berlinguer (1996) nos mostra que o direito à saúde e o direito à assistência têm diferenças substanciais, ainda que ligados entre si. O direito à saúde tem prioridade sobre o direito à assistência, tanto no contexto histórico como no âmbito das necessidades da existência humana. O direito à assistência tem uma correlação maior com os direitos sociais do que propriamente com os direitos humanos; está sujeito às variações sociais e econômicas, a regras, modelos assistenciais e relações contratuais. No momento em que o exercício desse direito é dificultado, se instala o sofrimento – que é social e tecnicamente evitável –, uma vez que o sistema assistencial, ainda que não seja o único recurso de melhoria da saúde da família, pode garantir o direito de desfrutar, de uma forma maior ou menor, as ações terapêuticas tradicionalmente desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Berlinguer (1996) traz a colaboração de Daniel Callahan (1993), que acredita que os objetivos das disciplinas da saúde devem ser formulados de maneira a evitar a medicalização dos problemas sociais. Callahan (1993) descreve a “melhor sociedade” para uma atuação efetiva das disciplinas da saúde e, por outro lado, qual seria o melhor desempenho dessas

disciplinas para a sociedade. No primeiro caso, destaco alguns aspectos apresentados pelo autor, quais sejam: a sociedade deve possibilitar às disciplinas da saúde alcançar as suas próprias metas intrínsecas; não solicitar a essas disciplinas que se responsabilizem pelo trabalho que corresponde a outras instituições sociais e não orientá-las em torno de outras metas de ingerência social ou outros fins que vão muito além da saúde. No segundo caso, diz Callahan (1993), as disciplinas da saúde não devem exigir que a sociedade medicalize todos os seus problemas, não dê significado à vida exclusivamente através de suas explicações científicas, não priorize o bem à saúde como um bem social maior e, tampouco, que a saúde é o único bem e o mais nobre. A partir da explicação de Callahan (1993), é possível compreender a idéia de Berlinguer (1996) de que o direito à assistência está, intrinsecamente, ligado aos direitos sociais, sendo, porém, necessária uma definição clara sobre a amplitude da intervenção dos profissionais de saúde no viver das famílias e aquilo que cabe à sociedade em uma dimensão mais ampla.

Ao pensar-se em uma melhor assistência à saúde, no contexto de uma melhor sociedade, emprestando os termos utilizados por Callahan (1993), vem à tona a questão da equidade, um dos princípios fundamentais que norteiam a prática do PSF. Para Berlinguer (1996), a equidade é um valor intrínseco e irrepetível de cada pessoa, no que se refere à importância de remover obstáculos que se antepõem ao seu bem-estar. A superação desses obstáculos é o que representa um dos grandes desafios morais na relação entre ética e saúde. Para esse autor, a reivindicação pela saúde se encontra aderida à reivindicação pela liberdade, no exercício do direito de assumir a responsabilidade pela saúde, promovendo-a e mantendo-a.

Passo à segunda questão – pontuando a relação entre a solidariedade – que permeia o campo intersubjetivo em um processo assistencial, e à questão da equidade como um direito à saúde, no complexo exercício da liberdade.

Como diz Demo (2002), o discurso sobre a solidariedade tem sido contraditório quando focalizado sob a perspectiva do poder. O caráter solidário é uma marca fundamental da natureza humana; no entanto, é algo a ser conquistado. Por conta da sua natural ambigüidade, a solidariedade precisa sempre estar aderida a uma autocrítica; isso leva a crer que aquela que interessa verdadeiramente incorpora um sujeito decisivo e crítico, capaz de cultivar e ao mesmo tempo questionar a natureza e as finalidades do gesto solidário. Nas palavras de Caponi (2000), trata-se de visualizar um sujeito autônomo, com capacidade de decidir, de escolher, de aceitar ou rejeitar as ações que dizem respeito à sua vida. Assim, concordo com Demo (2002) ao dizer que a autocrítica é, por isso, um requisito essencial da solidariedade. No dizer de Caponi (2000), penso que essa questão está diretamente vinculada à ética, na

medida em que a solidariedade só pode ser reconhecida entre sujeitos que se reconhecem *participantes de uma comunidade intersubjetiva de agentes morais* (CAPONI, 2000, p.45).

Demo (2002) nos mostra que autogestão deve abarcar um movimento para dentro e para fora, de modo que a emancipação não se reduza, apenas, a um desafio particular. Ele afirma:

[...] os excluídos precisam em **primeiro lugar** ser solidários consigo mesmos, estabelecendo, na comunhão de ideais utópicos mobilizadores, o compromisso da competência coletiva. Em **segundo lugar** e para não se fecharem em si mesmos, trata-se de buscar a solidariedade para além do grupo. Sem desprezar a solidariedade que vem de fora, mais importante é sempre a de dentro, aquela da qual somos sujeitos. A que vem de fora tem facilmente cara de ajuda, assistência, comisseração e serve, sobretudo, para cultivar a condição de massa de manobra. (DEMO, 2002, p.144).

Ações solidárias, para Demo, devem alcançar patamares além dos limites de sobrevivência ou de reprodução da vida; devem voltar-se à produção para a vida, promovendo a auto-sustentação ou habilidade de criar ou gerir os próprios meios de subsistência. A solidariedade, então, não deve ser algo que se restrinja à condição de manter a sobrevivência das famílias, devendo sim, promover uma vida auto-sustentável e autogerenciável. O autor ressalta que uma grande parte das políticas sociais, especialmente aquelas de cunho assistencial, alcança apenas essa dimensão da sobrevivência humana.

Quando me refiro a ações solidárias assistencialistas ou que promovam, pontualmente, alguma melhoria nas condições de sobrevivência das famílias, me reporto àquelas situações em que as iniciativas de cunho pessoal foram desencadeadas por determinados membros da equipe PSF, no sentido de *amenizar o sofrimento e os problemas das famílias*, situações em que a resolutividade do sistema de saúde e os próprios determinantes sociais desfavorecem as suas condições de sobrevivência. Goffman (1985) permite explicar que a relação de proximidade entre a família e equipe – o senso de familiaridade – favorece a criação de um vínculo de solidariedade. O quadro dramático de determinadas famílias sensibiliza a equipe PSF e alguns deles, movidos pelo envolvimento e apego construídos na relação assistencial, passam a disponibilizar um auxílio pessoal material, com o intuito de ajudá-las de algum modo. Esse gesto assistencialista, movido por um senso humanitário, caracteriza-se naquilo que Caponi (2000) descreve como um agir caritativo que legitima as desigualdades, naturaliza a lógica das compensações entre aquilo que é supérfluo e aquilo que é a carência do absolutamente necessário. Em uma relação que é caracteristicamente assimétrica, ocorre a anulação da reciprocidade e instala-se, automaticamente, a necessidade do reconhecimento. A autora recorre às palavras de Collière (1979) ao ilustrar esse fato: *Os pobres de Deus estão*

*sempre em dívida do bem que lhes é feito e não tomam consciência da dependência em que são mantidos.* (CAPONI, 2000, p.25).

Acredito, como Caponi (2000), que ao tratar da solidariedade, está se falando de ética. Assim, pode-se compreendê-la como um princípio que desencadeia atitudes que beneficiam os outros. E por ser um assunto ético, a solidariedade só pode ser constituída entre sujeitos livres e responsáveis; deve ser destituída de um olhar piedoso e isolado e se estabelecer sobre vínculos entre iguais. Por isso, um processo assistencial construído sobre relações solidárias requer o reconhecimento e o exercício dos direitos que a família tem à saúde e à assistência. Como a autora, creio que:

*Uma assistência que se fundamenta na ética da solidariedade, não é uma ética piedosa, precisará traçar estratégias reais e eficazes de resistência contra as diversas formas de violência atualmente existentes. Essas estratégias devem ter a precaução de considerar a cada um dos beneficiários dessas ações como seres individuais capazes de argumentação e nunca como partes da massa anônima e sem rosto dos “necessitados”.* (CAPONI, 2000, p.45).

As relações assistenciais, inspiradas pelo princípio da solidariedade, movimentam-se continuamente nesse complexo balanço entre as necessidades de saúde da família e a indeterminação e flutuação das possibilidades assistenciais, principalmente nos níveis mais complexos do sistema de saúde, como um reflexo das próprias políticas sociais e de saúde. O grande dilema da equipe consiste em garantir o princípio da equidade em seu trabalho junto às famílias, o acesso aos recursos de saúde, enfim, uma assistência de qualidade, fortalecendo a família como sujeito no *cuidado de si*, tendo à frente um sistema de saúde que se organiza e opera sobre um emaranhado contexto burocrático, que dificulta, sobremaneira, o acesso da família aos seus serviços. Torna-se complexo, então, falar de uma relação dialógica, confiável, co-responsável, crítica e solidária entre sujeitos autônomos, voltada à produção da vida e não, estritamente, a prolongar a sobrevivência humana. Cabe, aqui, o questionamento: até que ponto a equipe PSF conta com uma infraestrutura institucional para o exercício da autonomia nas suas relações assistenciais junto à família, no estabelecimento de um vínculo ético – confiável, co-responsável e resolutivo?

## **– Capítulo 9 –**

### **A INSTRUMENTALIZAÇÃO DA EQUIPE PSF E DA FAMÍLIA PARA O ENCONTRO ASSISTENCIAL DOMICILIAR**

Através da temática que será abordada neste capítulo, tenho a intenção de destacar determinados aspectos que se revelaram importantes neste estudo e que dizem respeito à instrumentalização dos atores que compõem o elenco de um encontro assistencial domiciliar. Inicialmente, apresentarei determinados pontos que poderão contribuir com a atuação dos membros da equipe PSF nesse contexto assistencial, ou seja, a compreensão do encontro assistencial domiciliar como um ritual em que precisam ser reconhecidos os papéis dos seus atores e dos seus coadjuvantes, bem como a dinâmica interacional que ali ocorre.

Destacarei a importância da construção de um projeto coletivo de trabalho voltado à saúde da família, integrando e aproximando os membros da equipe entre si e também com as famílias, de forma a integrar os objetivos e diferentes papéis assistenciais nesse processo. Buscarei incorporar a essa reflexão o papel do sistema de saúde, em um plano mais abrangente, na ordem de seus recursos e sistemática de funcionamento, situando a importância da efetiva co-responsabilização deste sistema pela saúde da família, em seus diferentes níveis de complexidade assistencial. Voltando-me à família, enfocarei a importância do processo de comunicação para sua efetiva inserção no processo assistencial, enquanto sujeito no *cuidado de si*, integrada à equipe, na construção do projeto assistencial à sua saúde.



## 9.1 A INSERÇÃO DA EQUIPE PSF NO RITUAL DE UM ENCONTRO ASSISTENCIAL DOMICILIAR COM A FAMÍLIA

A complexidade do trabalho assistencial no reduto domiciliar está ligada principalmente às relações que ali se estabelecem entre a família e a equipe, que se encontram muito próximas do obscuro território da intimidade familiar; essas relações são, extremamente, sensíveis e suscetíveis às variações e influências da dinâmica íntima da vida da família e, por outro lado, conectadas às flutuações e instabilidades do meio externo ou lado público que, de certo modo, também é determinante nessas relações.

Nesse contexto há que se compreender a linguagem dos múltiplos códigos existentes; emprestando os termos utilizados por Da Matta (1990) – os códigos *da casa* e os códigos *da rua* –, decifrar os seus movimentos, detectar as partes em conflito, as articulações e elos possíveis, enfim, as relações recíprocas que se estabelecem em uma situação assistencial – cabe aqui ressaltar que a leitura de um sistema de códigos pode se dar, sempre, a partir de duas perspectivas diferentes: na perspectiva *da casa* e na perspectiva *da rua*.

Isso me leva a acreditar que um encontro assistencial deve ser ritualizado, por abarcar uma importante passagem entre diferentes realidades ou diferentes sistemas sociais impregnados por um forte teor simbólico, abrangendo junções e disjunções, integrações e desintegrações, evidências e inibições de inúmeros aspectos. Acolhendo o pensamento de Da Matta (1990), penso que um contexto ritual pode alcançar uma convivência, de certo modo, negociada e até integrada – enfim, um espaço de criação que, a partir de múltiplas éticas, chega a uma ética única – que resguarda a individualidade de cada ser humano e, ao mesmo tempo, envolve o coletivo familiar.

Um encontro assistencial entre sujeitos iguais afasta a possibilidade de uma relação assistencialista ou autoritária – onde se instalam relações co-dependentes; o respeito à autonomia dos sujeitos torna ilegítima a contaminação exclusiva de um código social sobre o outro; é justamente na integração e negociação desses códigos, em uma igualdade de condições, que se constituem os sujeitos no *cuidado de si*. Como dizem Miagusko e Ferreira (1999), isto requer um *consenso operacional*, uma sintonia entre as pretensões, conveniências e possibilidades. Esse é um ponto fundamental dentro das relações assistenciais, em que se procura a essência desse momento – qualitativamente diferente – ou conforme o pensamento de Goffmann (1985), uma *definição da situação* assistencial.

A compreensão sobre a natureza e a própria dinâmica da intimidade familiar é um instrumento fundamental para que a equipe transite por entre as relações que estabelece com a família no domicílio. A estrutura interacional que aí é construída, entre família e profissionais, pode se configurar em uma nova dimensão da esfera íntima familiar, acrescida a tantas outras já existentes. Quando os profissionais passam a fazer parte do “*nós*” familiar, ou seja, ultrapassam a condição de *estranho* e participam do espaço social da *casa* enquanto *visita*, ou, na linha de Sennet (1998) - no momento em que equipe e família abrem seus mundos, formando-se um tecido que as mantém unidas - compreende-se que a intimidade é um mundo construído nas relações com os outros, nos laços que aí se firmam, cultivados nos princípios da responsabilidade, competência, confiabilidade e solidariedade.

A outra via – que busca o exercício da autoridade, na devassa da intimidade e na normatização técnica da saúde da família, incorre no risco de descaracterizar a intimidade familiar na sua própria natureza. Trazer à luz, de uma maneira desautorizada, aquilo que *naturalmente* – por assim se constituir – deve ser mantido à meia luz, poderá desintegrar uma dimensão essencial no viver humano. Isso, dito em outras palavras: a equipe – enquanto *um estranho* – pode correr o risco de abortar um projeto de vida, desnudar os bastidores da vida familiar, quando isto não lhe foi endereçado; assim sendo, poderá criar um vazio no espaço íntimo da família e/ou do(s) indivíduo(s), na medida em que o seu conteúdo passa, indevidamente, para o domínio *de fora*, do âmbito público – desapropriando a família e/ou indivíduo(s) de sua intimidade.

Os espaços de inclusão na intimidade da vida familiar devem ser conquistados pela equipe de maneira sensível, cautelosa e verdadeira. É um processo que requer um preparo especial por parte dos profissionais, de modo a viver a passagem *da rua para a casa* de uma maneira competente e ética. Todo o desenrolar do processo assistencial depende, de certa maneira, da qualidade dessa passagem e da vivência desse ritual. Dessa forma, é imprescindível o preparo teórico, técnico e, especialmente, ético da equipe para esse trabalho.

A instrumentalização da equipe PSF, para esse tipo de trabalho, pressupõe, portanto, um preparo específico – que inclui inicialmente um preparo teórico-metodológico – para cuidar profissionalmente de famílias. Isso inclui o conhecimento sobre as diferentes teorias de família e as metodologias de cuidados inerentes. É preciso compreender teoricamente a convivência familiar para poder decodificar a dinâmica constituinte do seu mundo íntimo. Nesse sentido, adoto o pensamento de Althoff (2001, p.156-7) que, estudando o ambiente da

família, explica a convivência familiar como algo que é construído nas interações entre os seres humanos e que se instala quando estes *querem viver em família*. Quando isso ocorre, eles *criam o espaço da moradia* onde se desenrola a sua trajetória de vida, constituindo-se aí o *tempo da família*. Compartilhando símbolos e significados, através de *ligações de afeto e união*, os seres humanos estabelecem entre si relações fundadas em valores compartilhados. Como refere Althoff (2001), na dinâmica da convivência a família configura o seu mundo interno que é conectado em maior ou menor intensidade ao mundo externo. Para a autora, a conscientização sobre o *viver familiar* tem uma ligação com a maneira com que a família percebe e interpreta a dinâmica que movimenta essas relações e, para isso, [...] *Os membros da família levam em consideração as ações e interações que acontecem entre eles ao compartilhar os espaços físico, relacional e simbólico*. Para Da Matta (1997) a família, a partir das relações que são construídas através dela, é que legitima o indivíduo como um membro da família, contrariamente, à concepção de que o indivíduo é o agente que forma a família. As concepções de Althoff (2001) e Da Matta (1997) contribuem para a compreensão de que a organização do mundo interior da família, em maior ou menor grau de intimidade, é determinada nessa rede de relações segundo um determinado padrão de significados e valores – configurando-se aí a *primeira família* e a *grande família*.

Como refere Elsen (2002), nessa convivência familiar estabelecem-se as ações e interações relacionadas ao *cuidado familiar*, um processo multidimensional que ocorre na dinâmica da vida de cada grupo familiar, pontualmente a cada um de seus membros e, também, ao conjunto familiar como um todo ou em parte, buscando [...] *seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social* (ELSEN, 2002, p.17). Nesta linha de pensamento, o *cuidado familiar* é definido segundo o contexto de significados de cada família e reconstruído ao longo do processo de viver; ele ocorre em uma dinâmica inter e intrageracional e é fortalecido, continuamente, pela rede de suporte social – constituída por amigos, parentes e vizinhos.

Elsen (2002) esclarece que ao participarem desse processo, os membros da família têm a sua própria maneira de agir segundo a sua compreensão - individual ou grupal - sobre a situação, o que encaminha a uma ação familiar coletiva para o cuidado. No pensamento de Elsen (2002), a *presença* é constituinte importante do *cuidado familiar* e traduz a solidariedade da família para com seus membros; a *promoção da vida e do bem-estar*, nesse processo, busca fortalecer as potencialidades e qualificar o viver de cada um de seus membros

e do conjunto familiar; através da *proteção*, a família defende os seus membros - contra os agravos físicos e emocionais - buscando resguardar e abrigar a vida e a saúde deles; o *cuidado familiar* também prevê a *inclusão* – quando os membros são inseridos no seio do grupo familiar, ou seja, passam a sentir-se parte da família.

Neste estudo, as famílias revelaram que a *presença* da equipe PSF no domicílio é um complemento importante, um suporte ou apoio significativo em relação ao *cuidado familiar*; elas esperam uma contribuição efetiva e competente da equipe, **estando disponível e presente** em seu contexto cotidiano de vida de modo que, quando for considerada necessária, a intervenção profissional se encontra proximamente acessível. Em outras palavras: no momento em que a família percebe a sua limitação para o restabelecimento da saúde através do *cuidado familiar*, ela solicita a intervenção da equipe, que é uma *presença* familiar, conhecida, confiável, capacitada e co-responsável pela sua saúde. Na ótica das famílias, esse é um encaminhamento que deve ficar sob a sua gerência, pois elas têm seus próprios critérios para definir as situações de risco, avaliar as suas limitações para o *cuidado familiar* em situações específicas. Elas acreditam que lhes cabe decidir sobre a necessidade de suporte profissional para restabelecer a sua saúde.

As famílias reivindicam maior valorização do *cuidado familiar* por parte da equipe PSF. Elas desejam que as diferenças sejam respeitadas; enfim, elas propõem aos profissionais um exercício de alteridade. Dessa maneira, elas reclamam pelo reconhecimento da sua autonomia, responsabilidade e compromisso para com a saúde de seus membros e de seu conjunto, e também pelo respeito e reconhecimento da importância do *cuidado familiar*. Sob essas condições as famílias mostram-se abertas a negociações, trocas e compartilhamento de saberes e práticas de cuidados. A partir de interações pautadas nesses princípios, a equipe pode passar, perante a família, da condição de *estranho* para a condição de *visita*, vindo a ser incluída na dimensão do *nós* – enquanto um complemento significativo do *cuidado familiar* –, isto é, a equipe passa, então, a vivenciar uma efetiva relação de co-responsabilidade pela saúde da família.

Um encontro assistencial que abarca essa complexa dinâmica interacional no processo de cuidados à saúde da família e que, por um outro ângulo, ocorre no âmbito do domicílio – território que resguarda os segredos, as paixões e os conflitos na intimidade do *lar* –, requer, sem dúvida, um preparo específico da equipe PSF para aproximar-se e relacionar-se com o

mundo do *cuidado familiar*, de modo que sua *presença* significativa seja um apoio efetivo para a saúde da família.

O desafio de desvendar as nuances psicológicas, sócio-culturais, e também, o jogo das relações de poder que permeiam esse território particular e muitas vezes obscuro, é uma tarefa que exige competência e sensibilidade. Faz-se mister uma profunda e contínua discussão ética, conceitual e metodológica no conjunto da equipe PSF e, principalmente, uma efetiva intenção para um novo agir nas esferas profissional e institucional. Para tanto, como já foi mencionado anteriormente, é essencial um sólido domínio das questões que constituem, delimitam e fundamentam as interações familiares, os códigos que organizam essas relações – códigos de inclusão e de exclusão – dentro do processo de *cuidado familiar*.

Uma vez instrumentalizada, teoricamente, sobre esses aspectos, a equipe PSF tem condições de buscar uma real e efetiva aproximação com o mundo familiar, ou seja, está instrumentalizada para conhecer e buscar uma compatibilização negociada entre os códigos *da casa* com os códigos *da rua* – para um efetivo encontro assistencial à família.

## 9.2 EQUIPE PSF, FAMÍLIA E COMUNIDADE – O PROCESSO ASSISTENCIAL NUMA VISÃO DO CONJUNTO

O trabalho de um grupo formado por profissionais de diferentes disciplinas, que se compromete com um processo assistencial de saúde junto a essa densa e entrelaçada estrutura familiar, requer um todo organizado, de modo que as suas partes se conectem a um eixo conceitual e metodológico coletivo. Há que se buscar o grande desafio de superar o modelo multiprofissional e caminhar em direção à interdisciplinaridade.

A fragmentação das ações de diferentes membros da equipe atuando, pontualmente, em diferentes momentos junto à família, sem uma certa convergência dessas ações para um processo coletivo de trabalho, desarticula absolutamente o trabalho desses profissionais. Nesse caso, a família torna-se um alvo de ações isoladas, desconectadas muitas vezes, amparadas em iniciativas e estratégias individualizadas, fortalecendo muito mais a dimensão social/pessoal do vínculo estabelecido com a família do que, propriamente, a relação profissional/institucional. Um trabalho desarticulado tende à justaposição e repetição de ações, divergência entre as orientações e condutas e, conseqüentemente, um menor grau de

eficácia no âmbito do seu conjunto. Isso desgasta as relações entre a equipe e a família, trazendo o descrédito ao trabalho, a desmotivação e desintegração no ambiente profissional.

Reitero o pensamento de Peduzzi (2001) que salienta a importância de um projeto assistencial comum no trabalho da equipe PSF, o que denota a sua integração. Seguindo com o pensamento da autora, esse projeto deve constituir-se em volta de um eixo comum, que direciona a dinâmica assistencial cotidiana dos diferentes membros da equipe PSF junto às famílias, tanto em nível de ambulatório como, também, no âmbito do domicílio. Trata-se de um ponto central de partida, em uma dada realidade, através do qual os membros da equipe interagem, contracenam e constroem um projeto que faça realmente um sentido, para as necessidades de saúde, da forma como são concebidas pela família e também pelos profissionais. Nas palavras da autora: [...] *concepções compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos partícipes* (PEDUZZI, 2001, p.107).

Quero crer, como essa autora, que somente um projeto de trabalho coletivo pode instrumentalizar efetivamente uma equipe para uma prática que se propõe a abraçar um trabalho com tamanha complexidade e multidimensionalidade, como é um processo assistencial à saúde da família e, especialmente, quando este se estende ao domicílio.

Um projeto dessa natureza é construído em torno do diálogo entre sujeitos que se reconhecem como iguais, eticamente, e diferentes, enquanto ligados a disciplinas diversas. O papel de cada membro da equipe, no trabalho com as famílias nos domicílios, precisa ser definido, bem como as estratégias de integração entre as ações desses diferentes profissionais e técnicos. A orientação em volta de um eixo comum deve congrega os objetivos específicos das partes, que devem ser conhecidos pelas famílias no decorrer do processo assistencial. Esse deve ser um processo reciclado continuamente no seu conjunto, buscando uma sintonia com as aspirações, necessidades e objetivos de saúde da família, inserindo-a, legitimamente, no processo. Para isso, o papel da família e o *cuidado familiar* devem ser reconhecidos e valorizados como parte integrante, com *voz e voto*, nesse processo de trabalho. Os recursos comunitários, por sua vez, devem ser mobilizados para integrar esse projeto – de forma que família, equipe PSF e comunidade cheguem a um agir conjunto, articulado, responsável e resolutivo em favor da saúde da família.

Por se tratar de algo inacabado e reconstruído ao longo de sua trajetória pelos sujeitos que dele co-participam, esse processo deve ser avaliado e ajustado num *continuum* durante a sua operacionalização. A alternância entre os membros da equipe, com a saída de alguns e a entrada de novos integrantes, a inclusão de novas famílias no processo assistencial, são aspectos que precisam de uma atenção especial para manter a existência dos elos pessoais e os vínculos profissionais entre os próprios membros da equipe, entre equipe e famílias, entre equipe, família e comunidade.

Os vínculos entre família e equipe são construídos, passo a passo, durante a interação que se dá ao longo de todo o processo assistencial. Isso é um fenômeno que não pode ser delimitado no tempo e no espaço, variando em intensidade e durabilidade, por ser extremamente susceptível às intercorrências contextuais. Quero dizer com isso que os processos interativos, que são construídos nesse plano assistencial, necessitam de tempos diferentes de uma família para outra e de um membro da equipe para outro, pois é um processo em contínua reconstrução. A imensidade de atribuições, especialmente burocráticas, que compete aos membros da equipe para atender às exigências dos programas de saúde e do próprio PSF, atropela, muitas vezes, o seu processo de aproximação interativa com as famílias. Assim, freqüentemente, a preocupação com a tarefa de atender às agendas dos relatórios de produção das atividades assistenciais compromete em qualidade as interações que precisam ser cultivadas com a família no estabelecimento desses vínculos éticos.

### 9.3 A PRESENÇA CO-RESPONSÁVEL DO SISTEMA DE SAÚDE NA SITUAÇÃO ASSISTENCIAL DOMICILIAR

A equipe PSF precisa de instrumentos pessoais, profissionais, teóricos, materiais e políticos adequados para desenvolver um trabalho de qualidade junto às famílias. Isso significa dizer que os profissionais que batem à porta das famílias e representam “*dona saúde*” - desejando entrar nos domicílios - em nome de melhorias sanitárias necessitam estar acompanhados estruturalmente da Instituição – do Sistema de Saúde – que representam. Enfim, toda uma capacitação teórico-metodológica e técnica dos membros da equipe, por si só, não é suficiente para que um novo modelo ou uma nova visão paradigmática seja abraçada, atingindo uma melhor qualidade assistencial (proposta pelo PSF). A Instituição e,

em última instância, o Sistema de Saúde, deve ser uma *presença* resolutive em cada um dos encontros assistenciais, representado pela equipe PSF, a quem compete estabelecer, com a família, um canal interacional efetivo, através de uma vinculação competente, sensível e co-responsável para a concretização das ações de saúde – necessárias, significativas e resolutivas.

O confronto da equipe PSF com problemas extremamente complexos no meio familiar levam-na, muitas vezes, ao reconhecimento de suas próprias limitações profissionais para intervir, efetivamente, como um apoio à família. Nesses casos é importante poder contar com uma estrutura multidisciplinar de apoio que seja, imediatamente, acessível e disponível.

Os conflitos intrafamiliares relacionados, principalmente, à drogadição e violência doméstica, e as questões ligadas à área da saúde mental, entre outras, precisam ser acompanhados por profissionais especializados. Nesse sentido, a equipe PSF tem encontrado grandes dificuldades no encaminhamento resolutivo dessas situações. As dificuldades burocráticas e a própria sobrecarga do sistema de maior complexidade se antepõem freqüentemente às soluções e, nesses casos, essas famílias continuam vivendo seus grandes conflitos na intimidade de suas vidas, por vezes até com um certo afastamento da equipe, uma vez que a *presença* desses profissionais no cotidiano de suas vidas passa a ter um significado pouco resolutivo no contexto da sua problemática familiar. Isso se configura na percepção da equipe e, também, das famílias, como uma certa desatenção do Estado em relação à saúde da família, e traz, consigo, o descrédito à atuação dos profissionais que, por sua vez, precisam responder às exigências institucionais dos programas e do próprio PSF com uma assistência resolutive, de qualidade, junto às famílias.

Essas são situações assistenciais que, geralmente, não têm expressão nos quadros estatísticos e epidemiológicos; são tidas como *casos isolados*, cujo risco se evidencia, muito mais socialmente do que, propriamente, nos sistemas de controle sanitário. No entanto, esses quadros, muitas vezes dramáticos, estão diante desses profissionais, face-a-face com a sua sensibilidade, com o seu senso ético e humanitário, e poucas respostas se encontram à disposição para uma solução efetiva.

Posto isto, penso ser necessário acrescentar a esse conjunto de atores que constróem o processo assistencial à saúde da família, a presença indispensável da estrutura do Sistema de Saúde cujas engrenagens devem promover o fluxo adequado do processo assistencial nos



diferentes níveis de complexidade. Dessa forma, a família, como protagonista da sua própria história, com o apoio da comunidade, da equipe do PSF e, com uma efetiva co-responsabilização do próprio Sistema de Saúde, poderá acreditar que uma melhor saúde esteja, realmente, *entrando em sua vida*.

#### 9.4 A INSTRUMENTALIZAÇÃO DA FAMÍLIA PARA O ENCONTRO ASSISTENCIAL

Um encontro pressupõe vontade, aderência e abertura dos seus participantes para o evento em si; assim a família, no papel de anfitriã desse encontro, também deve estar instrumentalizada para *receber* a presença pessoal e profissional da equipe no seu domicílio e inserir-se nesse processo.

Para que um encontro dessa natureza seja significativo para a família, é preciso, primeiramente, que ela compreenda por que aquilo está ocorrendo em sua vida, quem são e a quem representam as pessoas que batem à porta de sua casa e solicitam esse encontro, e o que elas pretendem. Em um segundo momento, já em maior grau de aproximação com a equipe, a família precisa ter clareza sobre o seu papel nesse processo, o que é esperado dela e, também, deve ser oportunizado que manifeste o que ela espera daqueles que a *visitam*.

Na percepção das famílias e também da equipe, o próprio PSF é ainda desconhecido, em suas finalidades e estratégias, por uma grande parte das famílias nesta comunidade. Uma ampla divulgação sobre os princípios gerais e objetivos do PSF seria um primeiro passo para que as famílias se interessassem pela discussão do assunto.

Um detalhamento maior sobre a operacionalização do PSF poderia ser abordado nos grupos educativos ligados à Unidade de Saúde e, também, em outros grupos constituídos na comunidade. É de fundamental importância esclarecer às famílias como o PSF está inserido no Sistema Único de Saúde e como é pretendida a articulação entre os diversos níveis de assistência à saúde. Esse momento é favorável a uma apresentação da equipe como um todo e à anúncio de um projeto coletivo de trabalho com as famílias.

A criação de conselhos de saúde, com a representação das famílias, é uma estratégia valiosa para estimular a participação comunitária no planejamento das ações de saúde em

nível local, o que, por sua vez, passará a consubstanciar o projeto coletivo de trabalho da equipe PSF.

No encontro assistencial domiciliar, o diálogo aberto, informativo, esclarecedor, deve estimular a discussão sobre os papéis e objetivos das ações de saúde dos diferentes profissionais da equipe, sobre os direitos e as possibilidades da família e, também, o seu papel nesse processo. Isto, dito de uma outra maneira: é o momento esclarecedor sobre o sistema de códigos da *casa* e o sistema de códigos da *rua*, e o modo como se pretende transitar por entre esses dois sistemas - para chegar-se a um *consenso operacional*, em nome de uma melhor saúde para a família.

Uma vez esclarecidas e acordadas as estratégias, é preciso passar ao conteúdo; partindo do eixo central que norteia o processo coletivo de trabalho da equipe PSF junto às famílias na comunidade, pode ser construído, juntamente com a família, um plano de ações específico que atenda às necessidades de saúde, assim compreendidas por ambas as partes. Nesse plano são definidos os objetivos, as estratégias e a atuação específica dos diferentes profissionais e, também, dos diferentes membros da família nesse processo. Esse é um processo de negociação que requer um maior nível de proximidade nas relações entre equipe e família; já se trata de um diálogo pautado, sobre relações de confiança asseguradas pela competência profissional e pelo senso ético, claramente apresentado e vivenciado.

Por tratar-se de um trabalho com famílias, é preciso conjecturar junto destas, quem inclui o rol familiar e quem é o membro legitimado para representá-la no encontro assistencial, quando for o caso. É necessário definir quem e em que momento pode e deve compor esse processo assistencial e sob que condições, ou seja, quando se trata de adotar a perspectiva da *primeira família* e quando e sob que código é agregada a esse processo a *grande família*.

Portanto, a instrumentalização da família é extremamente importante para que ela possa aderir de uma maneira esclarecida, negociada e participativa ao Programa, integrando a equipe PSF no *cuidado de si*, como um complemento significativo e valioso do *cuidado familiar* à saúde.

## – Capítulo 10 –

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacarei, neste capítulo, os principais desafios e pontos relevantes deste estudo e as suas contribuições para a prática assistencial que se volta para a saúde da família, com especial atenção àquela que busca abrir o espaço do domicílio familiar, no intuito de compartilhar o processo de cuidar.

Trabalhar com o tema – **família** – constituiu-se num grande desafio teórico e, também, metodológico. Abraçar, teoricamente, a complexidade das relações que se estabelecem na vida familiar foi algo extremamente difícil e, ao mesmo tempo, fascinante.

Conhecer a intimidade familiar para compreender como ela se manifesta, influenciando e sendo influenciada pelas interações que são construídas entre família e equipe PSF em um território particularizado, como é o domicílio familiar, exigiu-me um cuidado ético, extremamente rigoroso, de modo a não invadir ou devassar aquilo que é resguardado nesse mundo íntimo. A sensibilidade, a cautela, o respeito e a objetividade foram princípios fundamentais que orientaram, constantemente, as minhas aproximações e os meus afastamentos, e sinalizaram os limites do meu olhar, de forma a não transpor desautorizadamente as fronteiras que delimitam o trânsito daqueles quem vêm *de fora*.

Nesse momento, ao alcançar o último patamar dessa construção, todavia inacabada e incompleta, ante a infinitude de possibilidades e perspectivas que dela emergem, percebo que o fato de amarrar os seus alicerces, passo a passo, aos eixos de sustentação teórico-metodológica, abrem-me um plano de visão em que se torna possível alçar um vôo sobre esse

imenso conjunto de pequenas peças ou partes que tomam forma, de maneira definida, nos contornos dos seus principais construtos. A consistência desse conhecimento inspira-me a segurança necessária para sustentar as proposições que se seguem.

A compreensão da intervenção profissional na saúde da família, a partir da sua inserção no contexto da história, se mostrou fundamental para identificar as discontinuidades, justamente onde as continuidades se mostram, diante de diferentes configurações sociais. Esse olhar propiciou detectar, na margem da superfície, uma profunda visibilidade dos fatos. Deram-se a conhecer os mecanismos, através dos quais, as relações e os fatos foram construindo progressivamente, na prática, os processos de sujeição.

Da outra face, dentre as malhas das relações sociais, as famílias demonstraram encontrar espaços de fuga em que expressavam a sua resistência. Assim, no fluxo das inter-relações de poder construídas na dinâmica social e cultural do seu viver cotidiano, a família constitui-se em *sujeito de si*. Acessando diferentes tipos de conhecimento e recursos, ela se fortalece para propor, contrapor, transpor, transformar ou criar normas para sua saúde que façam sentido para a sua existência. Esse saber popular, comum, cultural, particular e diferenciado - que não é, absolutamente, unânime e, tampouco, linear por abarcar um conjunto de conhecimentos e práticas de cuidados à saúde - manifesta-se, muitas vezes, como um instrumento contundente de resistência frente ao processo normativo e disciplinar que a equipe PSF ainda traz aderido à sua prática interventiva. Refiro-me, portanto, à família como sujeito, com uma intencionalidade, um saber e um fazer no *cuidado de si*, manifestando, em meio às relações assistenciais, um exercício de autonomia.

A família tem uma organização relacional no plano íntimo; essa organização familiar exerce influências sobre o coletivo social e, por outro lado, é afetada pelas relações que ela estabelece nessa dimensão social mais ampla. Assim, a família movimenta-se, continuamente, entre os planos de dentro e de fora. A maneira como a família se organiza em torno dessas relações íntimas que estabelece com os seus membros entra na própria definição familiar. A partir daí ela poderá constituir-se em uma família próxima, cujos membros se relacionam com maior grau de intimidade, e também na *grande família*, que agrega membros com diferentes níveis de intimidade. Essas configurações se mostram, particularmente, significativas para a equipe ao lidar com certas particularidades íntimas, no sentido de localizar quem pode expor o que, diante de quem e em que lugar. Para isso, torna-se imprescindível reconhecer e

compreender essas configurações, de modo a envolver, na situação assistencial, de um modo legitimado pela família, aqueles membros a quem diz respeito determinado assunto ou fato.

Essas diferentes configurações familiares em torno da intimidade também remetem a um cuidado ético essencial nas relações da equipe PSF com esse meio. Em certas situações, o olhar ético da equipe paira sobre uma dimensão coletiva da intimidade familiar, podendo significar uma apropriação ilegítima e até uma devassa da intimidade pessoal de um de seus membros. Isso quer dizer que o plano individual íntimo deve ser respeitado, ainda que se esteja lidando com a família na ótica de uma unidade de cuidados à saúde. A exposição desautorizada da intimidade individual de um dos membros da família, perante ou em nome do coletivo familiar, decorre, principalmente, por falta de clareza conceitual sobre ética e intimidade por parte da equipe e, muitas vezes, também por parte da família. Nesse sentido, acredito ser necessário que os profissionais da saúde voltem-se com maior atenção para aquilo que Giddens (1993) denomina de *ética da vida cotidiana*. É preciso compreender que os segredos nem sempre podem ser revelados inteiramente e, em outras ocasiões, eles necessitam ser desvelados a fim de possibilitar uma intervenção profissional.

A equipe PSF necessita ser instrumentalizada, especificamente, para um trabalho de natureza tão complexa como é o encontro assistencial no domicílio familiar. A tradicional “visita domiciliar”, abordada no contexto da Atenção Básica de Saúde nos currículos acadêmicos dos profissionais de saúde e nos planos de capacitação da equipe PSF, precisa ser revisitada, com especial atenção aos aspectos interativos. O processo de aproximação profissional com a intimidade familiar e com o próprio espaço físico e simbólico do domicílio precisa ser compreendido; é preciso criar mecanismos, instrumentos e habilidades de negociação com a família dentro do processo assistencial, buscando compreendê-la como uma unidade de cuidados, que exercita a sua autonomia no decorrer desse processo.

Ainda que não seja considerada uma novidade no campo sanitário, a visita domiciliar consagrou-se, neste estudo, como um recurso extremamente importante – no contexto da assistência à saúde da família –, especialmente ao tratar-se da Atenção Básica de Saúde. Sendo uma das principais atividades dos ACS's junto às famílias, a visita domiciliar deve ser, cuidadosamente, repensada no contexto do PSF, a fim de otimizar os recursos disponíveis e fortalecer a sua proposta assistencial. Questiona-se o caráter compulsório e insistente dessa atividade na conjuntura assistencial atual, tendo em vista o caráter repetitivo e até certo ponto

inócuo das ações dos ACS's, percebido pelas famílias, pelos próprios ACS's e também por outros membros da equipe PSF. O compilamento repetitivo e exaustivo de dados junto à família no domicílio vem se revertendo, muito timidamente, como uma contribuição efetiva no planejamento das intervenções profissionais na saúde da família. Há que se buscar uma definição mais concreta dos objetivos da visita domiciliar, dentro de um contexto mais amplo de assistência à saúde da família; é preciso clarear o papel dos diferentes membros da equipe e também da própria família para essa atividade; enfim, é preciso que haja uma indicação assistencial definida com objetivos assistenciais concretos para a realização da visita domiciliar.

A violência familiar no âmbito doméstico faz parte do domínio da intimidade; é um assunto hermeticamente fechado ao olhar do *estranho*, daquele *que vem de fora*, mas que precisa ser acessado e ter uma atenção profissional altamente competente. É uma temática que merece grande atenção das equipes de saúde do PSF e também das esferas acadêmicas, por estar presente no dia-a-dia de um grande número de famílias; por esse motivo, está diretamente ligada à Atenção Básica de Saúde, em especial, à assistência domiciliar. Por existir em um âmbito velado, a violência familiar passa, muitas vezes, despercebida ante os olhos dos profissionais de saúde, mesmo quando a assistência ocorre no âmbito do domicílio. Por outro lado, o preparo da equipe para detectar e lidar com esse tipo de problema no âmbito da saúde da família deve ter um caráter de urgência nos planos de capacitação do PSF. Além disso, nesse campo, as ações da equipe PSF precisam ser efetivamente apoiadas por profissionais da área da Saúde Mental e do Serviço Social, entre outros. As alianças com os recursos sociais afins (Conselho Tutelar, SOS Criança, etc.) deverão ser reafirmadas e, também, revistas as suas estratégias de integração para maior agilidade resolutiva dessas questões. Os órgãos de formação profissional na área da saúde deve voltar-se, urgentemente, para a instrumentalização dos acadêmicos frente a essas questões ao tratar da Atenção Básica de Saúde, uma vez que não é mais possível negar a existência e significância da violência familiar no contexto da saúde da família.

Frente a isso, o encontro assistencial domiciliar se caracteriza como um sítio de potenciais conflitos éticos, por abarcar as fragilidades desta interface entre a preservação da intimidade familiar e a intervenção profissional na saúde da família, no constante movimento

entre aquilo que pode ou deve ser exibido aos olhos da equipe e aquilo que deve ser mantido longe da luminosidade do lado de fora.

No plano macro-social, essa família, *sujeito no cuidado de si*, deve ser concebida de uma forma integrada a outros processos sociais, ou seja, extrapolando um olhar restrito sobre si mesma. Isso significa que ao se tratar da intimidade familiar há que se compreender que, ainda que se esteja falando de um território interno, particularizado, fechado, resguardado, deve-se também concebê-lo em uma inter-relação com o coletivo mais amplo. Falo, então, de uma família plural ligada a uma estrutura comunitária e social mais ampla que, em determinados momentos, abarca a particularidade da vida íntima e pessoal de cada um de seus membros e, em outros, a singularidade do conjunto de seus pensamentos, intenções e ações, na unidade em que se constitui o *cuidado de si*. Assim, compreendo que o pensar, desejar e agir da família se encontra inserido num processo dinâmico de situações e intenções, em contínua sucessão e alternância nos planos de *dentro* e de *fora*, em diferentes níveis e dimensões de intimidade.

Enquanto uma determinação cultural, cabe à mulher a gestão dos cuidados de saúde da família; isto lhe confere, automaticamente, o papel de interlocutora da família junto à equipe PSF no decorrer do processo de cuidar. Esse papel outorga-lhe autoridade no meio familiar e isso se torna especialmente evidente no processo de tomada de decisões a respeito dos cuidados de saúde de seus membros, fato que deve ser considerado e examinado pela equipe nas suas relações com a família, pois o exercício desse papel está imerso em uma rede de relações de poder, situando a mulher e os demais membros em posições definidas hierarquicamente. Este fato, somado a outros determinantes na dinâmica da vida familiar, faz com que haja uma forte tendência da equipe PSF em incluir, quase exclusivamente, a mulher no diálogo assistencial ao abordar a saúde da família, não se detendo a ouvir e observar os demais membros a respeito dessas questões. Sob a orientação de uma *ética democrática* torna-se essencial analisar o grau de legitimação que a família confere a quem se posiciona, *naturalmente*, junto à equipe para representá-la, apresentando e decidindo, em nome dos outros membros, as questões de saúde e da vida familiar. Não me parece o caso de destituir a mulher desse posto, que tradicionalmente é ocupado por ela; no entanto, uma ordem democrática sugere que se busque agregar as opiniões, as percepções e os sentimentos dos

demais membros da família ao diálogo, buscando, assim, ter uma visão melhor do conjunto da sua unidade.

O encontro assistencial entre a equipe PSF e a família deve ser reconhecido e compreendido na dimensão interativa de um ritual, como um encontro entre dois sistemas sociais diferentes, orientados sob a perspectivas de códigos desiguais. A resolução interativa que se estabelece no processo de aproximação entre os atores sociais que integram cada um desses mundos é determinante na qualidade das relações pessoais/sociais e profissionais que vêm a ser construídas ao longo do processo, integrando, como elemento constituinte, a própria *definição da situação* assistencial.

Quando há aproximação favorável entre os códigos da casa e da rua, a família, enquanto *anfitriã*, promove a equipe à condição de *visita* e abrem-se possibilidades para acordos e negociações - de início, pessoais, sociais e culturais. Configura-se aí, o vínculo pessoal e social, essencial nas relações humanas.

Uma vez alcançada a almejada posição de *visita*, a equipe PSF há que ir além, para chegar à dimensão da co-responsabilização pela saúde da família, identificando os elos assistenciais possíveis nesses dois mundos diferentes, descobrindo essas conexões e captando-as em seus movimentos. O grande desafio para a equipe, nesse sentido, consiste em compreender o contexto de *palco* e *bastidores* - o jogo de aparências e sombras - que envolve a dimensão interativa de um encontro assistencial, atuando junto à família nesse cenário, de modo sensível e ético, solidário e resolutivo, procurando manifestar, no discurso e nos atos, o respeito àquilo que aparece por trás das máscaras e também àquilo que se mantém obscurecido sob a sua proteção; discernir quando é preciso desvelar as partes, o que se inscreve sob a objetividade - por ser preciso e necessário intervir e quando a intimidade deve ser intocável - mantida sob o governo exclusivo da família. Isso requer um exercício de alteridade de ambas as partes, bem como a incorporação da competência profissional da equipe e também do apoio estrutural em horizontes político sociais mais abrangentes, através da competência do próprio Sistema de Saúde, em todos os seus níveis de complexidade. Dessa forma, as necessidades e os problemas de saúde, assim compreendidos por ambos os lados, têm uma efetiva possibilidade de resolução, e poderá se falar, então, de vínculos éticos - solidários, co-responsáveis e resolutivos - na perspectiva de uma real melhoria na qualidade de vida das famílias.



Essa visão se torna possível à medida que o olhar epidemiológico sobre a saúde da família abrir um espaço concreto para as questões interativas, para a sensibilidade e criatividade no pensar e agir da equipe, quando a família for compreendida na dinâmica das suas inter-relações nos âmbitos de *dentro* e de *fora*, quando houver a possibilidade de conceber o encontro entre os profissionais e a família na dimensão de um processo ritual permeado pelo senso de alteridade em que ocorrem as negociações e os acordos sobre os cuidados de saúde. Assim, os profissionais de saúde poderão estar, realmente, mais próximos de uma visão de integralidade, no contexto de vida da família.

Para as famílias, uma convivência social com a equipe PSF no domicílio é bem-vinda, considerando-se outros contextos assistenciais de saúde em que os distanciamentos eram ainda maiores. A família sente-se, de uma certa forma, lisonjeada com a atenção profissional a domicílio. Isso leva a crer que a estratégia de aproximação profissional com o contexto familiar preconizada pelo PSF pode ser vista como um avanço; todavia, as famílias também percebem que as ações, principalmente dos ACS's, estão se tornando essencialmente repetitivas e pouco resolutivas, trazendo consigo o desgaste das relações e o descrédito do trabalho. Isso mostra que as relações sociais entre família e equipe devem ser acrescidas de ações resolutivas que marquem a presença e atuação da equipe PSF no domicílio como um bem concreto para a saúde familiar.

Do outro lado, a equipe, em especial os ACS's, percebe a inocuidade do seu agir na indefinição daquilo que pode ser, concretamente, oferecido à saúde da família em nome do Estado e da sociedade, ou seja, como é possível acolher as suas necessidades de saúde sem ter uma definição mais concreta daquilo que pode ser oferecido, efetivamente, para a resolução dos seus problemas. Nesse particular é preciso, também, que se compreenda com maior clareza as dimensões e os significados que abarcam o caráter preventivo da saúde na ótica da própria família. Este estudo revelou que, ao tratar-se das necessidades de saúde, é importante que se procure reconhecer quais são as representações que as próprias famílias têm em seu imaginário sobre a saúde no contexto da sua vida. Constatou-se que a concepção de necessidade de saúde ainda está fortemente vinculada à cura de um evento reconhecido, pela própria família, como uma doença; na maioria das vezes as ações preventivas não são vistas, ainda, como uma necessidade de saúde concreta, que demande uma intervenção profissional. Isso requer que as estratégias das ações educativas sejam revistas, buscando reconhecer a

lógica que opera a compreensão das famílias sobre a sua saúde e trazendo as questões preventivas para um diálogo mais aberto, acessível e negociado.

O discurso sobre o *acolhimento* dos usuários no Sistema de Saúde – tarefa que é conferida à equipe PSF, especialmente em nível de Atenção Básica – que se traduz por condutas e ações de recepção, orientação e acompanhamento dos profissionais da equipe perante o usuário do Sistema de Saúde no tocante às ofertas e disponibilização dos seus serviços requer uma discussão preliminar sobre as questões anteriormente colocadas. Não é ético exigir dos profissionais de saúde o compromisso de acolher solidariamente as famílias “na porta de entrada” do SUS, quando o próprio Sistema não oferece respostas favoráveis a esse acolhimento em outros níveis assistenciais, ou seja, não é possível exigir dos profissionais um compromisso com as famílias, para as quais, muitas vezes, o próprio Sistema de Saúde - que gerou este discurso -, não oferece perspectivas e respostas concretas. Essa divergência entre o discurso e a prática traz consigo sérios conflitos éticos para as equipes de saúde em seu trabalho com as famílias, envolvendo, por vezes, a ruptura dos laços de confiança, desvirtuando o sentido da responsabilidade e do compromisso assumidos no processo assistencial. No contexto desta discussão, parece oportuno questionar se a Atenção Básica em Saúde pode ser concebida, por si só, em algum momento assistencial.

Focalizando o processo de trabalho da equipe PSF, foi possível constatar que os olhares fragmentados dos profissionais sobre a saúde da família resultam na desarticulação das suas ações assistenciais, por vezes superpostas e, em outras, enfileiradas e arrançadas tipicamente na conformação multiprofissional. Uma nova organização e administração do saber e do fazer, entre os diferentes membros da equipe, é bem-vinda para integrar as múltiplas faces assistenciais da saúde da família. Um novo olhar requer mutualidade, reciprocidade entre os membros da equipe e, sobretudo, uma intenção profissional e institucional consciente. Requer, assim, antes de tudo, uma nova atitude, um novo arranjo nas relações entre saber e poder, ou seja, novas bases interativas e uma integração progressiva dos sistemas conceituais. Esse novo olhar não tende a anular as diferenças; ao contrário, através do diálogo interdisciplinar cada profissional poderá reconhecer melhor os limites e as potencialidades de sua disciplina e, de modo criativo, integrar-se em torno de um eixo teórico-metodológico que congrega e possibilita a diversidade.

A busca de uma visão interdisciplinar é um grande desafio a ser perseguido pelos profissionais de uma equipe que abraça o trabalho assistencial no complexo território das relações familiares. Esse é também um grande desafio para as instituições que se propõem a assistir às famílias, tanto no âmbito estrutural e administrativo quanto epistemológico. Peço licença à Fazenda (1993, p.35) ao emprestar suas palavras para dizer que: *Aprende-se com a interdisciplinaridade que um fato ou solução nunca é isolado, mas sim consequência da relação entre muitos outros.*

O encontro assistencial domiciliar entre a família e a equipe PSF pode configurar-se, à primeira impressão, em uma inauguração de novas liberdades e possibilidades assistenciais; todavia, pode constituir-se também em um severo mecanismo de controle e sujeição das famílias. Diante disso, reafirmo a minha proposição, concebendo esse encontro como um espaço, por excelência, ético – abarcando os princípios de autonomia, confiança e corresponsabilização no processo de cuidados à saúde da família.

A partir deste estudo recomenda-se:

- que as Redes de Atenção Básica, situadas nos níveis municipais, possam integrar-se efetivamente a um conjunto assistencial mais resolutivo no âmbito geral do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de complexidade, de modo a respaldar os princípios de responsabilidade e o compromisso da equipe PSF perante a família no processo assistencial;
- que os setores de planejamento do PSF reavaliem as estratégias assistenciais que dizem respeito à visita domiciliar no âmbito da Atenção Básica de Saúde, de modo a inseri-la em um projeto de ações assistenciais com caráter interdisciplinar que se volte à saúde da família. Dessa forma, poderá ser possível abarcar a grande complexidade que se apresenta nas inter-relações que ocorrem na construção dos vínculos sociais e assistenciais, no território domiciliar – âmbito da intimidade familiar;
- que os gestores do PSF dispensem maior atenção à instrumentalização das equipes para a visita domiciliar, nas instâncias de capacitação – com um preparo teórico-metodológico para o cuidado profissional às famílias;
- que os currículos acadêmicos dos profissionais de saúde contemplem as questões interativas que permeiam as relações assistenciais, buscando compreender, com

maior sensibilidade, as relações que se estabelecem com a família no processo assistencial, em especial quando isto se dá no domicílio – mundo da intimidade familiar;

- que os profissionais busquem a instrumentalização teórico-metodológica necessária para as suas aproximações pessoais, sociais e profissionais com as famílias nos domicílios, para o estabelecimento de laços interativos pautados na confiança e acordos éticos que revertam em um bem real para a saúde da família.

Como mensagem final tenho a dizer: – Que os pequenos desencontros que habitam as relações assistenciais sejam os pontos de partida e, também, de chegada para a criação de novas maneiras de ver, pensar, fazer e sentir o processo de cuidar da saúde da família, reciclando as antigas formas e normas em olhares mais abertos, sensíveis, próximos e competentes e, acima de tudo, éticos, buscando uma assistência qualitativamente diferenciada.

## – Capítulo 11 –

### REFERÊNCIAS

ALONSO, Ilca L. Keller. **Buscando caminhos para viver saudável**: uma proposta educativa em saúde voltada às mulheres - 'mães de primeira viagem' em seus enfrentamentos cotidianos. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

AGUIEIROS, Gabriela H. O traje e o decoro. In: MARTINS, José de Souza.(org.) **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.123-135.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria Substantiva sobre o Ambiente Familiar. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001. Série Teses em Enfermagem.

ARAÚJO, Rizioneide Negreiros de, et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.117-122, dez.2000.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

\_\_\_\_\_. Por uma história da vida privada. In: ARIÈS, Philippe; CHARTIER, Roger. **História da vida privada**: da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.7-19.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

BAPTISTA, Myrian Veras. A ação profissional no cotidiano. In: MARTINELLI, Maria Lúcia, ON, Maria Lucia Rogrigues, MUCHAIL, Salma Tannus (org.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998, p.110-121.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno, 7.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRIOS, Rolando. El hombre como ser-en-el-mundo. In: **Aproximaciones del hombre: síntesis filosófica-antropológica**. Madrid: CCS. 1997, p.19-38.

BERGER, Peter; LUCKMAN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1985.

BERLINGER. Giovanni. **Ética de la Salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996.

BOUSSO, Regina S.; ANGELO, Margareth. A Enfermagem e o cuidado na Saúde da Família. In: **Temas de caráter introdutório – Manual de Enfermagem – Programa de Saúde da Família**. In: **Manual de Enfermagem – temas de caráter introdutório**. IDS, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, 2001, p.18-22. Disponível – Internet: <http://www.wids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 05/12/2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 02 de mar. 2003, 14:30.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / USP. **Manual de Enfermagem para o PSF**, 2001. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 02 de mar. 2003, 16:00.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, Sandra. **La salud como apertura al riesgo**. 2002. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

\_\_\_\_\_. Lo público y lo privado en tiempos de peste. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, VI (1), 7-28, mar./jun. 1999.

\_\_\_\_\_. Lo bueno y lo correcto: una encrucijada en la ética contemporánea. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 48-59, jul./dez.1995.

CARNEIRO, Maria Lígia Mohallem et al. Construindo caminhos para a troca de saberes: produção e incorporação de tecnologias apropriadas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.77-79, dez.2000.

CASTRO, Marta Luz Sisson. Metodologia da pesquisa qualitativa: revendo as idéias de Egon Guba. In: ENGERS, Maria Emília Amaral (org.). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

CENTA, Maria de Lourdes; ELSEEN, Ingrid. Reflexões sobre a evolução da história da família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n1/2, p.15-20, jan./dez.1999.

CECA – CENTRO DE ESTUDOS CULTURA E CIDADANIA. **Uma cidade numa ilha**: relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina. Florianópolis: Insular, 1996.


CHIESA, Anna Maria; VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramalho. A educação em saúde na prática do PSF. In: **Manual de Enfermagem – temas de caráter introdutório**. IDS, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, 2001, p.34-42. Disponível – Internet: <http://www.wids-saude.org.br/enfermagem>, acesso em 05/12/2001.

CIAMPONE, Maria Helena; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.143-147, dez.2000.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato do Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.º 196. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 1996.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

 . Vai sobrar alguma privacidade? Disponível na Internet: <http://www.jfreircosta.hpg.ig.com.br/Ciencia-e-Educacao/9/Artigos/privacidade.html>. Acesso em 24/09/2002.

DaMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

\_\_\_\_\_. **A casa & A rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DEJOUR, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./mai./jun. 1986.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

\_\_\_\_\_. A ascensão social. In: DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DEMO, Pedro. Pesquisa qualitativa: busca do equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89-104, abril, 1998.

\_\_\_\_\_. **Solidariedade como efeito do poder**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUBY, Georges. Prefácio: a história da vida privada. In: VEYNE, Paul. **História da vida privada: do Império Romano ao Ano Mil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p.9-11, Vol.1.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ELSEN, Ingrid; ALTHOFF Coleta R.; MANFRINI, Gisele C. Saúde da família: desafios teóricos. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n. 2, p.89-97, jul./dez.2001.

ELSEN, Ingrid, Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual, In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SANTOS, Mara Regina. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.9-24.

EMERSON, Robert M.; FRETZ, Rachel I.; SHAW, Linda L. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago/London: The University of Chicago Press, 1995.

FAZENDA, Ivani C.A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro**. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.

FERREIRA, Aurélio, B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1998, p.3; 207; 274; 285.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; MARTINS, Cleide de Lavieri. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.53, n. especial, p.31-33, dez.2000.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2000.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P. DREYFUS H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.



\_\_\_\_\_. **História da sexualidade - a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 12 ed. 1988a, p.88-92.

\_\_\_\_\_. El sujeto y el poder. **Rev. Mexicana de Sociologia.** Ano I., n.3, jul./sept. 1988b.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade - o cuidado de si.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIANOTTI, José Arthur. Moralidade pública e moralidade privada. In: NOVAES, Adauto (org.) **Ética.** São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade:** sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

\_\_\_\_\_. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GUERRAND, Roger Henri. Espaços privados. In: PERROT, Michelle. **História da vida privada:** da Revolução Francesa à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.307-324.

GOFFMAN, Erving. **A representação do Eu na vida cotidiana.** 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e família.** Texto disponível Internet: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/famili.htm>. Acesso em: 02/08/2002.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KANT, E. **A paz perpétua e outros opúsculos.** Lisboa: Edições 70, 1998.

KHOURY, Yara A. Uma abordagem histórica. In: MARTINELLI, Maria Lúcia, ON, Maria Lúcia Rodrigues, MUCHAIL, Salma Tannus (org.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998, p.130-138.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of the culture.** California: Regents, 1980.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1998.

LESSA, Gesilda Meira. Residência Multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v.53, n. especial, p.107-110, dez.2000.

LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem.** Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente.** Rocco: Rio de Janeiro, 1984.

MAIA, Antonio C. A genealogia de Foucault e as formas fundamentais de poder/saber: o inquérito e o exame. In: BRANCO, Guilherme Castela, NEVES, Felipe Baêta (org.) **Michel**

**Foucault - da arqueologia do saber à estética da existência.** Londrina/Rio de Janeiro: Cefil 1998.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: **Microfísica do poder**. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998, p.XXI.

MALUF, Sônia. **Encontros noturnos:** bruxas e bruxarias da Lagoa da Conceição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

MARINS, Paulo Cesar Garcez. Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: NOVAIS, Fernando A, SEVCENKO, Nicolau. **História da vida privada no Brasil: República:** da Belle Époque à era do Rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p.131-214, v.3.

MARTINS, José de Souza.(org.). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole.** São Paulo: Hucitec, 1999.

MELLO, Evaldo Cabral. O fim das casas-grande. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de. **História da Vida Privada no Brasil:** Império - a corte e a modernidade nacional. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p.385-437.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p.349-352.

MIAGUSKO, Edson, FERREIRA, Lúcia, M.P. Circunstâncias e coadjuvantes na interação social: o poder da vergonha. In: MARTINS, José de Souza. (org.). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole.** São Paulo: Hucitec, 1999, p.17-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MURARO, Rose Marie. **A mulher no Terceiro Milênio.** 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

NEWMAN, M.A. Prevailing paradigms in nursing. In: **A developing discipline.** New York: NLM, p. 33-42, 1995.

NITSCHKE, Rosane, ELSÉN, Ingrid. Saúde da Família na Pós-Graduação: um compromisso ético interdisciplinar na Pós-Modernidade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.53, n. especial, p.35-48, dez.2000.

PARSE, Rosemarie Rizzo. **Nursing Science: Major paradigms, theories and critiques.** Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987.

PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, n.35 (1), p.103-9, 2001.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história: operários, mulheres, prisioneiros**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

\_\_\_\_\_. Maneiras de morar. In: PERROT, Michelle. **História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.307-324.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTOCARRERO, Vera. A vida e a experiência da ordem. In: BRANCO, Guilherme Castelo, NEVES, Felipe Baêta (org.). **Michel Foucault - da arqueologia do saber à estética da existência**. Londrina/Rio de Janeiro: Cefil, 1998.

PROST, Antoine. Fronteiras e espaços do privado: a família e o indivíduo. In: PROST, Antoine, VINCENT, Gérard. **História da vida privada: da Primeira Guerra a nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p.61-114.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert L. **Michel Foucault - uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

REVEL, Jacques. Os usos da civilidade. In: ARIÈS, Philippe; CHARTIER, Roger. **História da vida privada: da Renascença ao Século das Luzes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.169-209.

SANCHEZ, Fábio J.B.; PARRA, Henrique Z.M.; MELLO, Julina L. Olho no olho: repressão, solidariedade e comunicação. In: MARTINS, José de Souza.(org.). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.73-86.

SANDELOWSKI, Margarete. The problem of rigor in qualitative research. **Avances in Nursing Science**. v.8, n.3, 1986, p.27-37.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 02/03/2003, 14:50h.

SANTOS, Christiane S.; AGUIEIROS, Gabriela H. O corpo e a intimidade: os espaços do constrangimento. In: MARTINS, José de Souza.(org.) **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.105-122.

SANTOS, Pio Pereira dos. **Programa de Saúde da Família: estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar**. 2002. 127 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SAMPAIO, Lilian Alves; DE ROSSI, Patrícia Dias. A condição de estranho nas relações cotidianas. In: MARTINS, José de Souza.(org.). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.31-62.

SCHWARCZ, Lilia, Moritz. Sobre as semelhanças e diferenças. In: SCHWARCZ, Lilia, Moritz. **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**. São Paulo: Companhia das letras, 1998.

SENNA, Dulce Maria; ANTUNES, Eleonora Haddad. Abordagens da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). In: **Manual de condutas médicas: Programa de Saúde da Família**. IDS, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, 2001, p.4-6. Disponível em <http://www.ids-saude.org.br/medicina>. Acesso em: 21/06/2002.

SENNET, Richard. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SOUZA, André Ricardo; MEDEIROS, Débora Pereira; ALBERINI, Marilene. Os olhos, os ouvidos e a língua do vizinho. In: MARTINS, José de Souza.(org.). **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.63-72.

SOUZA, Heloiza Machado de. Programa de Saúde da Família: Entrevista. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.7-16, dez.2000.

SOUZA, Maria de Fátima. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPRADLEY, James P. **Participant observation**. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich, College Publishers, 1980.

\_\_\_\_\_. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

TAKAHASHI, Renata F.; OLIVEIRA, Maria Amélia de C. A Visita Domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: **Manual de Enfermagem – temas de caráter introdutório**. IDS, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, 2001, p.43-46. Disponível – Internet: <http://wwwids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 05/12/2001.

TAYLOR, Paul. **Ética Universal e a noção de valor**. Texto disponível na Internet – [http:// www.cetrans.futuro.usp.br/taylor.htm](http://www.cetrans.futuro.usp.br/taylor.htm). Acesso em: 15/04/2002.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, abril 1998.

VINCENT, Gérard. O corpo e o enigma sexual. In: PROST, Antoine; VINCENT, Gérard. **História da vida privada: da Primeira Guerra a nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p.307-389, v.5.

WISSENBAACH, Maria Cristina Cortez. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In: NOVAIS, Fernando A, SEVCENKO, Nicolau. **História da vida privada no Brasil: República: da Belle Époque à Era do Rádio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p.49-130.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 / Fax (048) 331.9787  
E -mail: [pen@nfr.ufsc.br](mailto:pen@nfr.ufsc.br)

A Instituição, representada pela Diretora das Ações de Saúde, abaixo assinada, autoriza a Enfermeira Ilca Luci Keller Alonso, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a coletar os dados de sua pesquisa junto à equipe de profissionais no Programa/Estratégia de Saúde da Família, em um dos Centros de Saúde vinculados à Rede Básica desta Instituição, em Florianópolis, S.C..

Informamos que temos pleno conhecimento deste projeto de pesquisa, acerca dos seus propósitos, tipos de dados a serem coletados, as contribuições do estudo e os princípios éticos que serão considerados durante a realização deste estudo.

Compreendemos que este trabalho não acarretará nenhum custo para a Instituição e os resultados da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, quando solicitados.

Temos ciência de que este estudo será orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Noemi Caponi e que em qualquer momento poderemos solicitar esclarecimentos adicionais no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC.

---

Data

---

Direção das Ações de Saúde

**APÊNDICE B MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES – MEMBROS DA EQUIPE PSF**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 / Fax (048) 331.9787  
E-mail: [pen@nfr.ufsc.br](mailto:pen@nfr.ufsc.br)

**CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**  
**Equipe de Saúde da Família**

Assinando este documento, passo a consentir a minha participação da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Ilca Luci Keller Alonso, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora Dra. Sandra Noemi Caponi.

Entendo, conforme fui esclarecido, que participarei de um estudo que focalizará as relações que se estabelecem entre a equipe de profissionais do PSF (Programa/Estratégia de Saúde da Família) com as famílias, nas práticas de cuidados à saúde, e que este estudo estará contribuindo para a compreensão dos significados e reflexos que as ações desses profissionais têm para um melhor viver das famílias no seu dia-a-dia.

Declaro ter conhecimento que a pesquisadora coletará os dados para este estudo no domicílio de famílias assistidas pelos profissionais de saúde do Programa/Estratégia de Saúde da Família, através da observação participante e de entrevistas, e que as informações que obtiver serão utilizadas exclusivamente para atender aos propósitos deste trabalho.

Estou ciente e concordo que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos e que não serei identificado em qualquer registro através do meu nome. No entanto, se for de meu interesse e desejo, em qualquer momento, poderei solicitar que determinados assuntos ou situações não sejam gravados e/ou registrados, o que será prontamente atendido pela pesquisadora.

A minha participação neste estudo é voluntária e sei que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa, declarando, por escrito, a minha desistência de participação deste trabalho à pesquisadora em nota neste documento, sem qualquer prejuízo à minha pessoa. Neste caso é retirada, automaticamente, a validade do presente documento de consentimento informado.

Tenho ciência de que poderei conhecer os resultados deste trabalho, caso os solicite, e que serei esclarecido pela pesquisadora a respeito de possíveis dúvidas sobre o teor do estudo ou sobre os meus direitos de participante durante o desenvolvimento da pesquisa.

---

Data

---

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

**APÊNDICE C**    **MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES – MEMBROS DAS FAMÍLIAS**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 / Fax (048) 331.9787  
E -mail: [pen@nfr.ufsc.br](mailto:pen@nfr.ufsc.br)

**CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**  
**Membros da Família Integrantes da Pesquisa**

Assinando este documento, passo a consentir a minha participação da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Ilca Luci Keller Alonso, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora Dra. Sandra Caponi.

Entendo, conforme fui esclarecido, que participarei de um estudo que focalizará as relações que se estabelecem entre a equipe de profissionais do PSF (Programa/Estratégia de Saúde da Família) com as famílias, nas práticas de cuidados à saúde, e que este estudo estará contribuindo para a compreensão dos significados e reflexos que as ações desses profissionais têm para um melhor viver das famílias no seu dia-a-dia.

Declaro ter conhecimento que a pesquisadora coletará os dados para este estudo em meu domicílio, através da observação participante e de entrevistas, e que as informações que obtiver serão utilizadas exclusivamente para atender aos propósitos deste trabalho.

Estou ciente e concordo que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos e que não serei identificado em qualquer registro através do meu nome. No entanto, se for de meu interesse e desejo, em qualquer momento, poderei solicitar que determinados assuntos ou situações não sejam gravados e/ou registrados, o que será prontamente atendido pela pesquisadora.

A minha participação neste estudo é voluntária e sei que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa, declarando, por escrito, a minha desistência de participação deste trabalho à pesquisadora em nota neste documento, sem qualquer prejuízo à minha pessoa. Nesse caso é retirada, automaticamente, a validade do presente documento de consentimento informado.

Tenho ciência que poderei conhecer os resultados deste trabalho, caso os solicite, e que serei esclarecido pela pesquisadora a respeito de possíveis dúvidas sobre o teor do estudo ou sobre os meus direitos de participante durante o desenvolvimento da pesquisa.

---

Data

---

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa



## **APÊNDICE D**

### **MODELO DA SISTEMÁTICA DE REGISTRO – EM DIÁRIO DE CAMPO**

Dados de identificação:

Membro da equipe PSF - código:

Família: código

Data:

Horário:

Situação assistencial observada:

Etapa da observação:

N.º seqüencial:

NOTAS CONDENSADAS

NOTAS AMPLIADAS

NOTAS DA PESQUISADORA

NOTAS TEÓRICAS

## APÊNDICE E MODELO DO ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL DOMICILIAR

Dados de identificação:

Membro da equipe PSF - código:

Família: código

Data:

Horário:

Tipo de situação assistencial observada:

Etapa da observação:

N.º sequencial:

### Ambiente físico/ geográfico:

Tipo de casa?

Relação geográfica com rua / vizinhança / portão de entrada / entrada principal / entradas utilizadas pela equipe PSF?

Entrada principal (destina-se a quem)?

Entrada lateral / nos fundos (destina-se a quem)?

Em que ambiente da moradia é(são) recebido(s) o(s) membro(s) da equipe da saúde?

Em que ambiente permanecem: membro(s) da equipe PSF e família durante o desenvolvimento da situação assistencial?

Códigos manifestados - permitindo o acesso ou bloqueando o acesso a outras dependências da casa?

Como se dispõem fisicamente, no ambiente, equipe PSF e família - um em relação ao outro?

Presença de objetos / comportamentos / pessoas “de fora” do ambiente, fatores comunicacionais que aproximam ou afastam equipe PSF e família?

### Divisão dos cômodos:

A quem servem / para que servem?

Grau de importância para a família?

Quem decide sobre a sua organização e utilização, a partir de que pressuposto?

Mobiliário / objetos pessoais / decorativos / religiosos / de utilidade doméstica / objetos específicos para realizar cuidados à saúde: significados, usos, quem determina seu uso?

Disposição e organização e que tipo de objetos mobiliários pertencem à ordem restrita da intimidade familiar, como a família se manifesta sobre este tipo de objeto?

### Quem participa da situação assistencial:

Profissionais direta e efetivamente envolvidos na situação assistencial?

Profissionais que acompanham, indiretamente, o desenvolvimento da situação assistencial?

Membros da família, direta e efetivamente, envolvidos na situação assistencial: quem são, o que fazem, o que dizem, o que manifestam não verbalmente?

Membros que acompanham o desenvolvimento da situação assistencial: quem são, o que fazem, o que dizem, o que manifestam não verbalmente?

Presença de expressões verbais ou não verbais / sinais / códigos emitidos pela família no sentido de tentativa de preservar ou expor questões ligadas a sua intimidade?

Manifestação hierárquica de saberes e práticas (por parte da família e da equipe PSF)?

### Atitudes:

Objetos, atitudes, posturas que favorecem ou dificultam o desenvolvimento do papel da equipe PSF e/ou da família?

Atitudes (de afeto, proteção, rejeição, autoridade, depressão, entusiasmo, etc.) das pessoas da família em relação à pessoa cuidada, ao cuidado em si, ao profissional de saúde?

Desenvolvimento dos cuidados:

Presença de ritual religioso, técnico ou de outra natureza, específico para a sua realização? Presença / manifestação de tabus e crenças específicas a respeito desse tipo de cuidado ou ao material utilizado pela família?

Que tipo de lógica é adotado pela família na realização do cuidado (da técnica, da experiência / vivência familiar / cultural)?

Quem e como são decididas / negociadas as condutas adotadas nos cuidados à saúde na família?

Manifestações da equipe PSF sobre o modo da família de realizar o cuidado (incluindo técnica, material, relacionamento pessoal), como é analisado, discutido, orientado e demonstrado?

Como é recebida pela família a análise do seu cuidado e as orientações, demonstrações realizadas pela equipe PSF?

Observações gerais:

## **APÊNDICE F MODELO DO ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS - MEMBROS DA EQUIPE PSF**

1. SIGNIFICADO DE “SER RESPONSÁVEL PELAS FAMÍLIAS” DE UMA DETERMINADA ÁREA:
  - a. O que significa “ser responsável” pela família?
  - b. De quem é a responsabilidade pela saúde da família?
  - c. Para que serve esse ato de responsabilizar-se?
  - d. Quem participa deste processo?
  - e. Quais seriam as consequências (positivas e negativas) deste processo de responsabilização pela saúde das famílias (para a família e para você / equipe/ instituição)?
2. RELAÇÃO DA EQUIPE COM A VIDA PRIVADA / INTIMIDADE FAMILIAR:
  - a. Uma definição do espaço da intimidade familiar?
  - b. A equipe tem acesso à intimidade familiar quando presta assistência no domicílio?
  - c. Qual é o papel da equipe PSF quando penetra na intimidade da família no domicílio?
  - d. Por que a equipe PSF deve se aproximar deste espaço?
  - e. Para que (com que finalidade)?
  - f. Quais as consequências (positivas e negativas) da aproximação da equipe às questões íntimas da família?
  - g. Existe alguma relação entre o processo de responsabilização pela família e a sua participação nesse espaço íntimo da família?
3. PROXIMIDADE (pessoal) GEOGRÁFICA / CULTURAL / AFETIVA DA EQUIPE COM AS FAMÍLIAS
  - a. Como é percebida a questão da confidencialidade profissional sobre aquelas questões detectadas na intimidade familiar – quando as relações pessoais/sociais estão entrelaçadas, uma vez que o profissional reside na mesma comunidade (principalmente quando as relações pessoais são conflituosas)?
  - b. Quando (em que circunstância) e de que forma essas informações são compartilhadas com os demais membros da equipe, existe algum critério que auxilie a discernir entre aquelas informações realmente necessárias para beneficiar o cuidado e aquelas outras informações obtidas na convivência social com as famílias que não revertem especificamente para a melhoria da sua saúde?
  - c. Existe alguma orientação institucional, ou do próprio programa (PSF), no sentido de estabelecer critérios para lidar com esse tipo de dados (informações)?
  - d. Quando a equipe presta assistência no domicílio, existe um estabelecimento conjunto (família e profissional) de objetivos assistenciais (os significados da visita/assistência estão bem claros para ambos)?
  - f. Você conhece a linha de abordagem assistencial dos outros membros da equipe junto às famílias nos domicílios (objetivos e ações / o que abordam)?
  - g. Como você percebe o trabalho da equipe PSF junto à família, no domicílio (individualizado ou conjunto)?